Rok XLII. Kraków 5 Września 1903. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra. L. Rydygiera we Lwowie.

O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

Według wykładu na XIII. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Podał

Dr. Ignacy Zieliński,

c. i k. lekarz pułkowy, przydzielony do kliniki.

Piśmiennictwo o ranach postrzałowych, zadanych kulą, bądź to z rewolweru, bądź też z karabinu, ogromnie się wzbogaciło w ostatnich zwłaszcza 15-tu latach dzięki badaniom nad działaniem coraz to nowszych systemów broni palnej i dzięki doświadczeniu, nabytemu na polach walki w ostatnich wojnach; — natomiast piśmiennictwo w zakresie ran postrzałowych, zadanych śrutem, pozostało ubogie.

Przyczyna tego zdaje się tkwić w tem, że zranienia te w porównaniu do zranień od kuli, rzadko bardzo się wydarzają; bo gdy z jednej strony wojny i coraz to bardziej — niestety — wzrastająca liczba samobójców dają nam obfity materyał do studyuowania ran od kuli, — to z drugiej strony przypadkowi tylko lub nieostrożności pojedynczych osobników zawdzięczać możemy, że uda nam się niekiedy spostrzegać ranę postrzałową śrutem.

Koerner[1]) zestawił z lipskiej kliniki od r. 1872—1879 tylko siedem, a Wagner[2]) z tejże samej kliniki w następnych 8 latach zebrał 11 takich ran — ogółem więc 18 ran postrzałowych śrutem w przeciągu lat 15. Wiemuth[3]) zaś opisał na 132 ran postrzałowych, leczonych w klinice prof. Bramanna w Halle od r. 1890—1898, tylko 15 ran pochodzących od śrutu.

W klinice lwowskiej leczonych było od czasu jej istnienia, t. j. od r. 1897, wraz z chorymi przychodnimi 19 ran postrzałowych, a między nimi było 5 ran zadanych śrutem.

Z polecenia szefa mego, Radcy Dworu Prof. Rydygiera, zestawiłem ten materyał kliniczny i pozwolę sobie choć w krótkości przedstawić historye tych chorób, sądząc, że nie od rzeczy będzie zaznaczyć, że w czasach, kiedy rana postrzałowa kulą uważaną jest przez chirurga za *noli me tangere*, zupełnie innego postępowania wymagają rany pochodzące od śrutu.

Rany od kuli nie przedstawiały w swym przebiegu nic nadzwyczajnego, — dlatego krótko tylko o nich wspomnę.

Ośm z nich dotyczyło klatki piersiowej, a między nimi były cztery z wybitnem zranieniem płuc, — cztery bez uszkodzenia wyraźnego narządów wewnętrznych, — wszystkie wyleczone bez ropienia pod opatrunkiem aseptycznym. Raz tylko wyjęto kulę, która tkwiła tuż pod skórą na żebrze, — zresztą rany nigdy nawet nie sondowano.

Jedna rana znajdowała się na szyi, — starano się kulę odszukać ze względu na blizkie sąsiedztwo wielkich naczyń i nerwów, — nie znaleziono jej jednak i ranę zaszyto następowo; — przebieg był aseptyczny, bezgorączkowy.

Raz kula ugodziła w staw ramieniowy, a że upośledziła ruchy i sprawiała choremu ból, więc ją wydobyto z główki kości ramieniowej, poczem ranę zagojono *per secundam* bez upośledzenia funkcyi kończyny.

Trzy rany znajdowały się w częściach miękkich uda. W jednym przypadku rana zagoiła się pod opatrunkiem aseptycznym w 8 dniach; na usilne jednak prośby chorego wydobyto następnie kulę z mięśni. W drugim przypadku kula, wszedłszy w przednią powierzchnię górnej części uda lewego, przebiła je skośnie w całej prawie grubości i utkwiła tuż pod skórą po stronie wewnętrznej uda. Skórę nacięto, kulę wydobyto, ranę zeszyto, a otwór wejścia kuli opatrzono aseptycznie. Obie rany wygoiły się bez ropienia w 8 dniach. Trzeci przypadek dotyczył chłopca 16-letniego, postrzelonego kulą floberta w udo lewe. W jednym z prowincyonalnych szpitali szukano kuli, lecz nadaremnie; rana się częściowo zagoiła, później jednak zrobił się ropień, który tamże nacięto, a gdy chory po 4 miesiącach zgłosił się do kliniki, w bliźnie znajdowała się jeszcze przetoka, z której ciągle wydobywała się kroplami ropa. Po rozszerzeniu długiem cięciem przetoki znaleziono między mięśniami jamę ropnia, a na jej dnie spłaszczoną kulę. — Jamę wyskrobano, kulę wyjęto, — ranę wytamponowano, a po 10 dniach chory opuścił klinikę z raną, pokrytą zdrową ziarniną.

Raz jeden kula ugodziła w udo tuż ponad stawem kolanowym. Ponieważ było podejrzenie, że utkwiła w dole podkolanowym, — gdzie przez ucisk na naczynia i nerwy mogła później wywołać ciężkie objawy, — a chora domagała się wyjęcia kuli, — zgodzono się na operacyę tem chętniej, że zachodziła obawa zakażenia, gdyż lekarz miejscowy zaraz po postrzale ranę sondował, rozszerzył ją i szukał kuli. Okazało się, że kula przeszła przez kłykieć zewnętrzny uda skośnie i z góry ku dołowi, następnie obsunęła się na podudzie i utkwiła na 9 cm. poniżej stawu między kością goleniową a piszczelą. Z trudnością tylko i po wykonaniu kilku cięć odszukano kulę, — ranę wytamponowano i gojono *per secundam intentionem*. Ropienie było dosyć znaczne,

[1]) Körner: Ueber die in den letzten acht Jahren auf der chirurgischen Klinik zu Leipzig behandelten Schussverletzungen. Deut. Zeitschr. f. Chirurg. Bd. XII. pag. 525.

[2]) Wagner: Ueber Schussverletzungen im Frieden. Deut Zeitschr. f. Chirurg. Bd XXVIII. Hft. 3.

[3]) Wiemuth: Die Behandlung der Schussverletzungen Archiv f. klin. Chirurg. Bd. 60. Hft. 2.

chora jednak po 2 miesiącach opuściła klinikę bez wyraźnego upośledzenia w czynności stawu kolanowego.

W ostatnim wreszcie przypadku kula pistoletowa urwała prawie w całości czwarty palec ręki lewej, — po oczyszczeniu rana zagoiła się *per secundam int.*

Z pośród więc 14 ran od kuli, z których kilka było nawet ciężkich, — w dwóch tylko stwierdziliśmy ropienie i to w tych przypadkach, gdzie rana poprzednio była sondowaną przez lekarza w celu odszukania kuli. — Wszystkie inne rany goiły się bez ropienia. Raz tylko wydobyto kulę bez wyraźnego wskazania leczniczego, tylko dlatego, że chory i jego rodzina bardzo na to nalegali; — dwa razy znowu dlatego, że była tuż pod skórą i po jej nacięciu usunąć się dała bez żadnego ciężkiego zabiegu. W reszcie przypadków albo nie starano się wcale kuli odszukać i ranę leczono pod opatrunkiem aseptycznym (zaprószono jodoformem, przyłożono gazę wyjałowioną i przymocowano przylepcem), albo też wydobywano kulę z specyalnego wskazania, jak: blizkość dużych naczyń i nerwów, długotrwałe ropienia, ból i upośledzenie ruchów w stawie.

Inaczej zupełnie brzmią historye choroby osób postrzelonych śrutem, które też dokładniej nieco tutaj opiszemy:

1) *Z. R.*, lat 13, postrzelił się 25/IV 1902 r. w prawą stopę drobnym śrutem z flobertu, spuszczonego lufą ku dołowi. Ranę sondowano, włożono sączek z gazy i odesłano chorego do kliniki.

Stan obecny. Na grzbiecie stopy prawej owrzodzenie wielkości ziarna grochu o brzegach strzępiastych, obumarłych. Zgłębnik wchodzi głęboko, aż pod skórę podeszwy, — z głębi rany wydobywa się ropa brudna, cuchnąca; ciepłota 37.8. — D. 26/IV rozszerzono w uśpieniu ranę podłużnie, na podeszwie zrobiono nacięcie wylotowe, wydobyto nabój, a rano przepłókano i wytamponowano. Stan podgorączkowy trwał przez 3 dni, — poczem rana się oczyściła, a 7/V chorego przeznaczono do leczenia ambulatoryjnego.

2) *B. R.*, l. 30, został d. 25/I 1902 postrzelony z bezpośredniej odległości śrutem ze strzelby. Lekarz, do którego chorego przywieziono opatrzył ranę i przywiózł go zaraz do kliniki, gdzie stwierdzono w przednim lewym fałdzie pachowym ranę o brzegach szarpanych i dnie pokrytem brudną, cuchnącą masą. Z rany za uciskiem wydobywała się posokowata ciecz i cuchnące gazy. Obrzęk zajmował najbliższe otoczenie rany i rozciągał się na środkową część klatki piersiowej, lewy staw barkowy, ramię i przedramię lewe. Miejscami dało się wśród obrzęku wyczuć trzeszczenie pęcherzyków gazu. Stan bezgorączkowy, tętno 90. Ruchy w stawie barkowym zniesione. Serce i płuca bez zmian.

27/I. Operacya w uśpieniu chloroformowem. Cięciem Hueter-Olliera odsłonięto główkę kości ramienionej lewej, która wraz z górną $^1/_3$ częścią kości ramieniowej okazała się strzaskaną, — a obok odłamków kości znaleziono ziarna śrutu i pakuły. Duże naczynia krwionośne i nerwy nie uszkodzone. Między mięśniami posokowaty naciek. Ranę rozszerzono, przecięto m. piersiowy duży, przepłókano ranę rozczynem nadtlenku wodoru i wytamponowano gazą jodoformową. Wieczorem tętno nitkowate. Podano wino, kamforę, eter.

Drugiego dnia (28/I) mimo kamfory, kofeiny, hipodermoklizy, nastąpił w południe zgon. Jako przyczynę śmierci sekcya wykazała ogólną posocznicę, a badanie bakteryologiczne ropy laseczniki obrzęku złośliwego (*oedema malignum*).

3) *S. K.*, l. 56, postrzelony z strzelby śrutem nr. 6, d. 7/X 1902, z odległości 3 kroków. Zaopatrzony przez lekarza i odesłany drugiego dnia do kliniki, przy badaniu okazywał raniony w okolicy łopatki prawej ubytek w skórze nieco większy od korony o brzegach ostro ciętych. — Skóra w obwodzie zaczerwieniona, dno owrzodzenia pokryte strzępami obumarłymi, — za uciskiem wydobywa się z głębi płyn posokowaty, cuchnący. Cała okolica barku i łopatki obrzękła poduszkowato, ponad obrzękiem chełbotanie. Płuca i serce bez zmian. Ciepłota rano drugiego dnia 38·1.

Dnia 8/X w uśpieniu chloroformowem zrobiono cięcie 15 ctm. długie przez skórę i mięśnie aż w głąb do łopatki, od rany ku barkowi. Z pośród mięśni wydobyto ziarna śrutu i pakuły, usunięto też kawałki strzaskanej na kilka części przy wewnętrznym brzegu łopatki. Ranę przemyto i wytamponowano. Przy codziennej zmianie opatrunku wydobywano jeszcze kilka razy ziarna śrutu, przybitkę i kawałki oddzielających się kości. Chory przez 8 dni gorączkował; z początku był tak osłabiony, że musiano podawać leki podniecające, — wreszcie zaczął nabierać sił, rana się oczyściła, a po 45 dniowym pobycie w klinice chorego wypisano i przeznaczono do ambulatoryjnego leczenia.

4) *F. K.*, leśniczy, lat 60, przyjęty został do kliniki 14/X 1902 z powodu przetok na udzie prawem po ranie postrzałowej, zadanej przed 2 laty. Dzięki uprzejmości Kol. Doc. A. Gabryszewskiego, który chorego miał wówczas w swej opiece, mogę podać dokładny przebieg choroby. W grudniu 1900 r. został chory postrzelony na polowaniu śrutem z odległości 3 kroków. Cały nabój wraz z przybitką i kawałkami poszarpanych futrzanych spodni, które chory miał na sobie, dostał się do rany. Rana była wielkości florena o brzegach poszarpanych, a z niej już drugiego dnia wydobywała się cuchnąca ropa. Ranę rozszerzono, oczyszczono, — zrobiono nacięcie wylotowe, — chory jednak mimo to przez kilka dni wysoko gorączkował, majaczył i przedstawiał obraz ogólnego zakażenia; rana ciągle ropiała, ropa mimo kilkakrotnych długich nacięć opuszczała się w różnych kierunkach między mięśniami uda. Dopiero wstrzyknięcie surowicy przeciw paciorkowcowej Marmorka uratowało chorego, który po kilku tygodniach wyzdrowiał; — pozostały mu jednak 4 małe przetoki, które na klinice rozszerzono, wyskrobano i wyjęto z nich kilka ziarnek śrutów, — poczem się zagoiły.

5) *O. I.*, lat 29. — D. 4/I 1903 r., strzelając do jastrzębia, — został wskutek pęknięcia lufy ugodzony całym nabojem śrutu w lewą rękę. Drugiego dnia przywieziony do kliniki, przedstawiał następujący obraz: Na ręce lewej kciuk trzyma się tylko na ścięgnach mięśni wyprostnych; śródręcze *(metacarpus)* jest w okolicy podstawy ostro przełamane. Cała okolica brzuśca dłoniowego (*thenar*) po stronie dłoniowej zajęta jest raną szarpaną, pozbawiona niemal w całości skóry. Między palcem wskazującym, a środkowym, znajduje się rana głęboko się wcinająca. Rany pokryte brudnymi, obumarłymi, cuchnącymi strzępami. W okolicy ran obrzęk, sięgający powyżej stawu nadgarstkowego, bolesność i zaczerwienienie skóry. Ciepłota 39·2. Narządy wewnętrzne bez zmian.

7/I. W uśpieniu chloroformowem zrobiono nacięcie po stronie grzbietowej ręki od kąta rany ku górze nad staw nadgarstkowy. Skóra wszędzie obrzękła, tkanka podskórna galaretowata. Na wysokości 5 ctm. ponad stawem natrafiono na ognisko ropne, w którem znajdowało się ścięgno m. prostującego długiego kciuka, które po przerwaniu się cofnęło. — Wszystkie pochewki ścięgniste otworzono, wycięto obumarłe części i założono opatrunek wilgotny.

10/I. Odjęto jeszcze palec wskazujący, który uległ obumarciu.

Chory przez 8 dni gorączkował, ciepłota dochodziła wieczorem do 39·6, po tym czasie rana powoli się oczyściła, — a po 2-miesięcznym pobycie wypisano chorego z kliniki do leczenia ambulatoryjnego.

Do tych 5 opisów dodam jeszcze dwa użyczone mi uprzejmie przez Radcę Dworu Rydygiera z prywatnej jego kliniki w Chełmnie.

W jednym był staw barkowy postrzelony z bliska śrutem, a już trzeciego dnia, gdy chorego przywieziono, znaleziono ostry proces gnilny z odmą podskórną w otoczeniu rany. Po wykonaniu resekcyi w stawie nastąpiło powoli wyleczenie z małą ruchomością czynną.

W drugim przypadku była rana postrzałowa w usta; język był poszarpany, wyrostek zębowy strzaskany, ciągłość żuchwy utrzymana, warga dolna zmiażdżona, kilka śrucin znajdowało się w podniebieniu twardem. Po oczyszczeniu rany i wytamponowaniu gazą jodoformową rana powoli się wygoiła, wargę w późniejszym okresie zaszyto. Chory gorączkował przez długi czas — ciepłota dochodziła wieczorem do 38·9. (C. d. n.)

II. O lokalizacyi ośrodków mowy.

Podał
Dr. Rafał Spira.

Po przedstawieniu w poprzednich rozprawach różnych form afazyi przystępujemy obecnie do zastanowienia się nad 3-ciem pytaniem, mianowicie: „gdzie się mieszczą te zmiany, które stanowią przyczynę znanych nam już postaci afazyi?“ Odpowiedź na to pytanie prowadzi nas do nauki o lokalizacyi czynności mózgowych. Rozglądając się w anatomii ośrodków mowy pod względem ich umiejscowienia w mózgu, musimy podnieść ciekawy szczegół historyczny, że przed blizko 40 laty panowała jeszcze nauka Flourensa o równowartościowem znaczeniu poszczególnych części mózgu i o fizyologicznej jego jednostce (niepodzielności). Według tej nauki uważano korę mózgową jako masę jednolitą zarówno pod względem budowy, jako też i czynności Na podstawie swoich doświadczeń, wykazujących, że po ubytku niektórych części mózgu nie było żadnych zaburzeń następowych, sądził Flourens (1842 r.), że wszystkie części mózgu są zdolne do tych samych czynności i mogą się wzajemnie zastępować. Zdolność tę zastępowania się nazwał Vulpius *„loi de suppleance“*. Prawa tego później nie obalono, ale znacznie ograniczono. Dopiero poszukiwania Gratioleta (1854) ustaliły stosunki postaciowe powierzchni mózgowej człowieka i umożebniły dokładniejsze określenie topograficzne zmian chorobowych, będące zasługą Broca. Badacz ten był (1862) jeden z pierwszych, który położył fundament pod całą naukę o lokalizacyi mózgu, mianowicie gdy mu się udało wykazać, że w dolnym lewym zwoju czołowym znajduje się miejsce, którego uszkodzenie wywołuje niezdolność mówienia. Później Hughlings Jackson opisał padaczkę pochodzenia korowego; po nim Fritsch i Hitzig (1870) wzmocnili podstawy nauki o lokalizacyi mózgu, wykazując swojemi doświadczeniami na zwierzętach, że drażnienie elektryczne pewnych ograniczonych części mózgu wywołuje ruchy w pewnych częściach ciała na obwodzie. Hitzig na podstawie swoich doświadczeń doszedł do twierdzenia, że kora mózgowa składa się z 2-ch różnych obszarów: czuciowego i ruchowego i że tylko w obrębie takiego obszaru zastąpienie wzajemne jednych części przez drugie jest możebnem; dalej, że w przednich częściach mózgu znajdują się ograniczone miejsca dla ruchów różnych członków ciała. Tak więc w ostatnich latach badania anatomiczne (Meynerta, Flechsiga i in.), oraz fizyologiczne (Ferriera, Munka, Goltza i in.), wreszcie spostrzeżenia kliniczne (Charcota, Nothnagla, Huglings Jacksona, Wernickego, Kahler-Picka i in.) przyczyniły się do wyświetlenia tego ciemnego, a zarazem ciekawego i ważnego obszaru i doprowadziły do tego, że obecnie możemy odnieść pewne czynności w ustroju do pewnych ograniczonych części mózgu. Aczkolwiek przyznać musimy, że pierwotnie prawdopodobnie każda część mózgu zdolną jest do wszelkiej czynności, to jednak później w miarę rozwoju psychicznego następuje podział pracy tak, że każda czynność związana jest z odrębnym obszarem mózgu. Naukę zatem o tym topograficznym podziale pracy nazywamy nauką o lokalizacyi mózgu

Wiemy obecnie, że czynność psychiczna umieszczona jest w pewnych komórkach zwojowych kory mózgowej i że dla każdej czynności przeznaczonem jest pewne miejsce środkowe, niby stolica obwodu czynnościowego, którego zniszczenie powoduje zniesienie tej funkcyi. W ten sposób powstało pojęcie o chorobie ogniskowej (Griesinger). Ośrodki te połączone są z jednej strony z obwodem ciała i z narządami zmysłowymi i ruchowymi przez tak zw. włókna rzutowe, z drugiej zaś łączą się między sobą przez pośrednictwo włókien, które według Meynerta nazywano włóknami kojarzennemi (asocyacyjnemi). Tymi pierwszymi szlakami wrażenia zmysłowe dochodzą ze swiata zewnętrznego do kory mózgowej, gdzie zapomocą dróg asocyacyjnych kojarzą się i wytwarzają pojęcia. Suma tych wszystkich pojęć stanowi świadomość Każdy bodziec zewnętrzny, doszedłszy drogą narządów zmysłowych do mózgu, zostawia w nim obraz pamięciowy, wyobrażeniowy, który się tu w miarę powtarzania się wrażenia ustala i może później być wywołany nawet bez ponownego zadziałania bodźca zewnętrznego; w ten sposób tworzy się suma obrazów pamięciowych zmysłowych. W podobny sposób także ruchy naszego ciała wywołują wyobrażenia pamięciowe czuciowe i obrazy ruchowe.

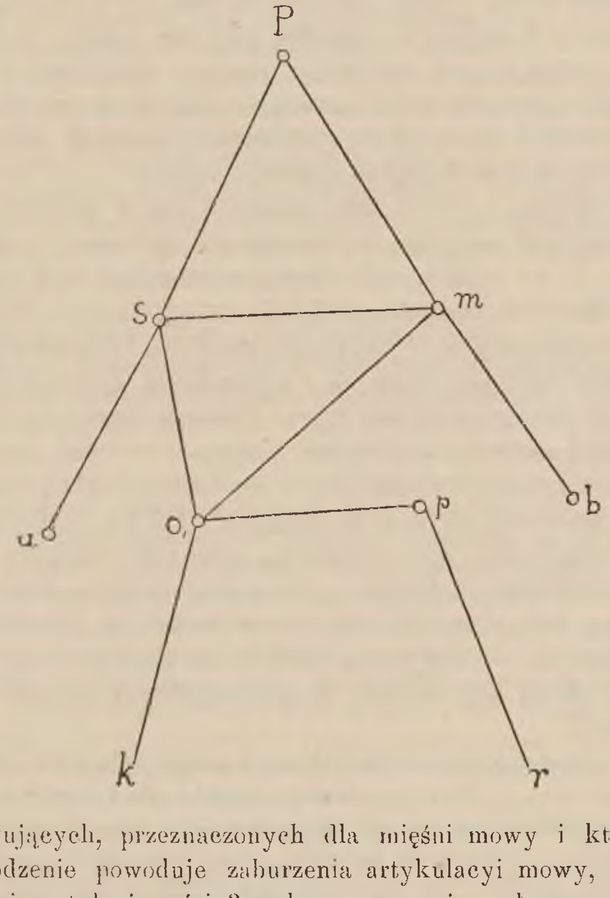
Poszukiwania nad psychologią mózgu mają właśnie za cel poznanie wszystkich tych ośrodków, szlaków i torów, które służą sprawom duchowym, ich czynności, biegu, połączeń i zakończeń w ośrodkowym układzie nerwowym. Aczkolwiek dalecy jeszcze jesteśmy od celu, od dokładnego poznania tych spraw, to jednakże przyznać należy, że w jednej przynajmniej dziedzinie znaczny zrobiliśmy postęp. Dzięki badaniom wielu uczonych, jak Daxów, Broca, Meynert i in. udało się przynajmniej czynność mowy dokładniej w tym względzie poznać i zgłębić.

Meynert dzieli całe mózgowie na 2 główne części różnego pod względem czynnościowym znaczenia, a mianowicie: 1) na część psychoruchową, anatomicznie czołową, t. j. przednio-górną część mózgowia z bruzdą Rolanda — i 2) część psychoczuciową, t. j. potyliczno-skroniową. Pierwsza mieści w sobie czynność duchową i wyobrażenia ruchowe, druga obrazy pamięciowe i zmysłowe. Pierwsza łączy się z mięśniami i nerwami ruchowymi, druga z nerwami zmysłów. Obrazy pamięciowe zmysłowe i wyobrażenia ruchowe są ze sobą połączone nerwami kojarzącymi. Co się tyczy mowy w szczególności, to czynność ta musi być połączona z całym obszarem wyobrażeń, a zajmować ogromną sferę kojarzenną, cały obszar korowy. Prawdopodobnie akt myślenia odbywa się w całej korze, aczkolwiek pojedyncze wyobrażenia mogą się mieścić w poszczególnych polach zmysłowych.

Za ojca pomysłu o lokalizacyi mowy właściwie uważać należy Galla, którego osławiona nauka „frenologia“ i „kranioskopia“ bodaj czy nie zbyt pochopnie została porzuconą i ośmieszoną, gdyż on to odróżnił zmysł słowa i zmysł mowy. Później Bouillaud oddzielił tworzenie słów wewnętrznych od tworzenia słów zewnętrznych; te ostatnie, kierowane według niego przez *„principe legislateur de la parole“*, umieścił w przednich płatach mózgowia. Daxowie, ojciec (1836) i syn (1863), stwierdzili i wykazali stałą jednoczesność i wzajemną zależność porażenia połowiczego strony prawej z upośledzeniem mowy, które oni pierwsi odnieśli do zmian w lewej tylko półkuli. Nauka ta, dłuższy czas zażarcie zwalczana i wyśmiewana (zaliczana do osławionej „frenologii“

i „kranioskopii“), w końcu wyszła z walki zwycięzko, gdy dawny jej przeciwnik Broca sam się do niej przyznał, pierwszy ją ujął w pewną formę i dokładnie określił w słowach, że całość trzeciego, a może i drugiego, zwoju czołowego jest niezbędną dla rozwoju i zdolności mowy artykulowanej. On pierwszy odkrył i dowiódł (r. 1862) istnienia ośrodka ruchowego mowy w tylnej części 3-go zwoju czołowego lewego, jako miejsca, w którem pojęcia i myśli przemieniają się w słowa i którego zniszczenie wywołuje ruchowe zaburzenie mowy. Przed Broca nie tylko anatomia mózgu nie była dokładnie znaną, gdyż on pierwszy wykonał topograficzny opis uszkodzeń mózgu, ale także opisy zaburzeń mowy były bardzo niedokładne tak, że nie odróżniano jeszcze jąkania od bełkotania, afazyi od anartryi i t. p. To ostatnie odróżnienie jest zasługą Leydena (1867). Później wyraził Broca przypuszczenie, że pierwszeństwo lewej półkuli pod względem mowy stoi w związku z przeważnem używaniem prawej ręki u prawaków i tem też tłómaczy, że przy wrodzonym braku 3-go lewego zwoju czołowego mowa jest możebną tylko przy pomocy półkuli prawej, jak u mańkutów. Prawactwo zaś tłómaczy wcześniejszym rozwojem lewej półkuli i nazywa prawaków „droitiers“, co jest równoznaczące z „gauchers du cerveau“.

Tak więc dzięki odkryciu Broca wiemy, że ośrodek *m* (Rys. 1), przedstawiający ogniwo początkowe dla dróg



inerwujących, przeznaczonych dla mięśni mowy i którego uszkodzenie powoduje zaburzenia artykulacyi mowy, znajduje się w tylnej części 3-go lewego zwoju czołowego, które to miejsce nazwano przez to ośrodkiem mowy Broca (*Brocasches Sprachcentrum*) Ross i Lichtheim dawniej, a w nowszym czasie Sachs, wyrazili zdanie, że ośrodek Broca jest także ośrodkiem dla ruchów warg i języka wogóle, zatem nawet dla ruchów, nie służących mowie; spostrzeżenia kliniczne jednak temu przeczą, gdyż nieraz mimo afazyi ruchowej ruchomość tych narządów, z wyjątkiem dla mowy, okazuje się nietkniętą, chyba w rzadkich przypadkach, gdzie lekki ich niedowład po stronie przeciwnej wywołany został przez ucisk skutkiem działania z oddalenia *(Fernwirkung)* znajdującego się w sąsiedztwie ogniska. Natomiast nierzadko ognisko rozleglejsze w tem miejscu może obok ruchowej afazyi korowej spowodować porażenie połowicze strony prawej, co się łatwo tłómaczy sąsiedztwem ruchowych ośrodków ogólnych w płacie czołowym.

Hughlings Jackson przyjmuje w trzecim zwoju czołowym prawym osobny ośrodek ruchowy dla mowy nastrojowej *(Affectsprache)*, wyrażającej chwilowy nastrój, dla wyrazów podziwu, strachu itp., a tylko mowa intellektualna przywiązana jest do półkuli lewej. Tem też chce on tłómaczyć przypadki, w których mimo zniszczenia ośrodka Broca, wykrzykniki i mowa, wyrażająca wzruszenia *(emotionelle Sprachäusserungen)*, jest możebna.

W kilkanaście lat później, w roku 1879, Wernicke położył ważne zasługi na tem polu, dowodząc, że uszkodzeniu pewnych części 1-go zwoju skroniowego lewego towarzyszą objawy, cechujące się tem, że taki chory słyszy wprawdzie dźwięki, lecz słów nie rozumie. Wernicke lokalizuje ośrodek pamięciowy dla wrażeń słuchowych w pierwszym górnym zwoju skroniowym lewym, mieszczącym zakończenia mózgowe nerwów słuchowych, i nazywa miejsce to (w rys. przes *s* zaznaczone) ośrodkiem dla obrazów dźwiękowych *(Klangbildcentrum)*. Późniejsze spostrzeżenia jego i innych autorów (Kahler, Pick i inni), oraz szereg wykonanych sekcyi i badań doświadczalnych (Ferrier) zdanie to potwierdziły. Zaburzenia mowy, wywołane przez uszkodzenie tego miejsca, opisał Wernicke pod nazwą afazyi czuciowej (afazyi sensorycznej, *Worttaubheit*, Kussmaul). Lucian, Sepilli, Allen Star stwierdzili lokalizacyę tego ogniska chorobowego w blizko 80 przypadkach opisywanej formy afazyi. Zachodzi jednakże wątpliwość, czy to miejsce ośrodkowe rozciąga się na zwój średni skroniowy, za czem zdają się przemawiać niektóre badania pośmiertne. Dalej jest to jeszcze rzeczą sprzeczną, czy ośrodek Wernickego jest przeznaczony dla przyjęcia wrażeń słuchowych wogóle i mieści w sobie wszystkie zakończenia nerwów słuchowych, czy zaś przyjmuje tylko część tych zakończeń i służy tylko dla pojęcia mowy, wyrazów, jako ośrodek wyobrażeniowy, albo pamięciowy, podczas gdy ośrodek słuchowy, ogólnie spostrzeżeniowy, znajduje się w innem miejscu (Ziehen).

Doświadczenia Munka na psach wykazały, że po wycięciu powierzchownej części kory lewego płatu skroniowego pies wprawdzie oddziaływa na wrażenia słuchowe, ale zapomina ich znaczenia, t. j. powstaje u niego głuchota duchowa; zaś po wycięciu większej części sfery słuchowej następuje zupełna niewrażliwość słuchowa, t. j. głuchota korowa.

Naunyn zestawił 71 historyj chorób, w których badania pośmiertne wykazały uszkodzenia w zwojach mózgowych, lub bezpośrednio pod nimi. W 24 przypadkach, w których za życia były objawy afazyi czysto ruchowej, zajęty był zwój Broca; w 18 zaś afazyi czysto czuciowej zmiany były w zwoju Wernickego.

Te dwa ośrodki są oddzielone od siebie przez bruzdę Sylwiusza. Wernicke dowiódł dalej, że połączenie ich, to jest droga pośrednicząca *s—m*, stanowiąca łuk psychiczny między częścią skroniową, czuciową mowy, a czołową, t. j. ruchową, ciągnie przez wyspę Reila i zaburzenia mowy

powstałe skutkiem uszkodzenia tej drogi, opisał pod nazwą *Leistungsaphasie* (afazya z przewodnictwa, *Inselaphasie* Lichtheima); zdaniem Flechsiga (p. niżej) wyspa ta przedstawia ośrodek, łączący w jedną całość wszystkie przy mowie biorące udział pola korowe, ruchowe i czuciowe.

Szlak dośrodkowy, czuciowy *a—s*, t. j. idący od obwodowego narządu słuchowego do kory mózgowej, rozpada się na trzy drogi: pierwsza bierze początek od obwodowego rozgałęzienia nerwu słuchowego w błędniku i ciągnie się wzdłuż nerwu ślimakowego do jąder słuchowych w rdzeniu przedłużonym: *tuberculum acusticum laterale* i *nucleus acusticus ventralis*. Druga przebiega od tych jąder przez włókna t. zw. *striae acusticae* i przez *corpus trapezoides*, przekracza po większej części linię środkową, przechodzi na drugą stronę i kończy się w ciałku kolankowem wewnętrznem *(corpus geniculatum internum)*, oraz w ciele czworaczem tylnem, które przedstawia drugorzędne ośrodki toru słuchowego. Trzeci odcinek drogi tworzą włókna, łączące te ośrodki z korą I-go i II-go zwoju skroniowego tejsamej strony, ciągnące się przez torebkę wewnętrzną *(capsula interna)*, droga trzeciego rzędu. Przy sekcyi osoby z głuchotą wrodzoną znalazł Strohmayer (*Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1901), zmiany zanikowe i rozwojowe w całej sferze słuchowej, a więc w ciele kolankowatem wewnętrznem, w ciele czworaczem tylnem i w pierwszym zwoju skroniowym; w tym ostatnim zmiany tyczyły się czwartej warstwy korowej całego zwoju, której małe wielobiegunowe i ziarenkowe komórki *(multipolare und Körnerzellen)* mają być według Golgiego natury czuciowej.

Przerwanie tej drogi dośrodkowej między *a—s* powoduje według Wernickego, Lichtheima objawy afazyi czuciowej, podkorowej. Objawy tej formy afazyi, wywołane przez zmiany w różnych punktach tej drogi i nawet skutkiem choroby usznej, są tak do siebie podobne, że trudno w danym przypadku orzec, w którem miejscu jest siedziba uszkodzenia. Lichtheim lokalizuje w tej formie ognisko chorobowe w warstwie rdzeniowej lewej półkuli; Freund i Pick w obu polach słuchowych; Freund zaś i inni sądzą, że tesame objawy, t. zw. *Sprachtaubheit*, mogą być wynikiem zmian i zewnątrzmózgowych. „*Die veranlassende Laesion ist nicht an eine bestimmte Stelle der verschiedenen Abschnitte der Hörbahn gebunden, sie kann im Gehirne im Acusticusstamme, im Labyrinthe, unter Umständen im Mittelohre localisiert sein und den gleichen Funktionsausfall verursachen*“ (Freund). Cechę ściślejszej lokalizacyi afazya ta nabywa dopiero przez równocześnie istniejące i od miejsca zajętego zależne inne objawy. W rzeczy samej znane są przypadki głuchoty wyrazowej przy zmianach w innych częściach mózgu, np. w torebce wewnętrznej, albo w *claustrum*.

Urbantschitsch opisuje afazyę czuciową przy niedosłyszeniu pochodzenia usznego, polegającą na braku skojarzenia słyszanych zgłosek do całych wyrazów. Bleuler wykazał, że głuchotę wyrazową niekoniecznie należy odnosić do uszkodzenia ośrodkowego. Pick natomiast sądzi, że czynność słuchowa w różnych stacyach neuronów słuchowych nie jest równą, lecz im wyżej, tem coraz więcej rozwiniętą i zawikłaną; odróżnienie zaś miejsca uszkodzenia w obrębie tej drogi na razie jeszcze trudne, lecz stanie się z czasem możebnem, w miarę dokładniejszego zbadania objawów w odnośnych i różnie umiejscowionych chorobach. Jak na teraz odróżnienie to polegać musi na objawach towarzyszących, zależnych od miejsca uszkodzenia. Ziehl odróżnia głuchotę mowy, spowodowaną przez chorobę uszną, przy której chory może jeszcze niektóre słowa rozumieć i powtarzać, od afazyi czuciowej podkorowej, przy której chory nigdy żadnego słowa ani rozumieć, ani powtórzyć nie potrafi. Prócz tego i objawy towarzyszące (ze strony ucha, względnie ze strony układu nerwowego) są różne. Podobnie utrzymuje Ołtuszewski. Inni, jak Bezold, odróżniają głuchotę mowy pochodzenia obwodowego (z błędnika), gdzie chory wogóle źle słyszy *(Sprachtaubheit)* od głuchoty wyrazowej *(Worttaubheit)* pochodzenia ośrodkowego, przy której chory słyszy wyrazy, lecz ich znaczenia nie rozumie. Badanie ciągłym szeregiem tonów *(continuirliche Tonreihe)* daje wskazówki dla odróżnienia głuchoty wyrazowej czysto ośrodkowej, od głuchoty obwodowej. Istniejące luki tonów w percepcyi i niedość długo trwająca percepcya usprawiedliwiają przypuszczenie, że głuchota wyrazowa w danym razie pochodzi od zmian obwodowych w ślimaku itp. (Liepman).

Na podstawie porównania objawów klinicznych z wynikami badań sekcyjnych przyjmuje Pick następujący stosunek między różnemi formami afazyi czuciowej, a dotyczącemi zmianami miejscowemi.

1) Częściowe uszkodzenie lewostronnego słuchowego ośrodka wyrazowego *(Wortcentrum)*, t. zw. afazya czuciowa pozakorowa.

2) Całkowite uszkodzenie ośrodka słuchowego wyrazowego, afazya czuciowa korowa.

3) Częściowe uszkodzenie obustronnych ośrodków słuchowych, t. zw. afazya czuciowa podkorowa.

4) Całkowite uszkodzenie obustronnych ośrodków słuchowych, głuchota korowa.

Podobnie wyraża się Vergauth: pierwotną podstawą anatomiczną czystej głuchoty wyrazowej jest zanik pierwszego zwoju skroniowego, który szczególnie przy przystąpieniu czynnika drugorzędnego (toksycznego, zboczeń w krążeniu krwi) daje powód do powstania tego objawu. Ziehen znów przyjmuje osobny ośrodek spostrzeżeniowy w korze dla wszystkich wrażeń słuchowych *(H. w szemacie* Ziehena p. „Przegl. lek.“ 1903. Nr. 4. str. 49, fig. VII)., który z jednej strony jest w bezpośredniem połączeniu z rozgałęzieniami nerwu słuchowego, z drugiej z ośrodkiem pamięciowym, czyli wyobrażeniowym Wernickego *(s)*, podobnie jak to Munk przyjmuje dla ośrodków wzrokowych (p. niżej). Przerwanie drogi między ośrodkami *H—s* jest według Ziehena powodem afazyi czuciowej podkorowej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przebieg kliniczny 3-go okresu porodu.

Podał

Dr. Adolf Wątorek.

(Dokończenie).

Z kolei opiszę mechanizm 3-go okresu, który najwięcej przypomina ryciny podane przez Schultzego, odnoszące się do 3-go okresu (Wandtafeln zur Schw. u. Gebts.-Kunde 7. XVI).

Rozpocznę od opisu przebiegu klinicznego przypadków, najwięcej różniących się od wyżej opisanego mechanizmu

prawidłowego. W przypadkach tych, badając kobietę wewnętrznie tuż po urodzeniu się dziecka i wylaniu wód następujących, stwierdzamy: trzon i dno macicy przedstawiają opór duży, o powierzchni gładkiej, miernie twardej, o kształcie znacznie odbiegającym od kształtów macicy pierwszych chwil połogu, albowiem w najwybitniejszych przypadkach opór ten jest owalem poprzecznie położonym, w mniej wybitnych zaś oporem kulistym ze spłaszczoną przednią powierzchnią. Wysokość dna sięga na 3—4 palce nad pępkiem, pierścień skurczowy przebiega poprzecznie 3 palce nad spojeniem łonowem, boki na dłoń przeszło po obu stronach linii białej. Między udami kobiety napina się pępowina, sina z powodu żyły pępowinowej, energicznie krwią wydętej. Przy lekkiem trącaniu trzonu macicy wywołujemy w żyle fałszywe tętnienie, przy lekkiem zaś obniżaniu trzonu wysuwa się pępowina, aby po zwolnieniu nacisku cofnąć się. Krwawienia ze sromu niema.

Badanie wewnętrzne, uskutecznione tuż po załatwieniu się z badaniem zewnętrznem, a więc w jakie $1^1/_2$ minuty, wykazuje popłód wypuklony kulisto w całkowicie rozwartem ujściu zewnętrznem macicy. Pozostawiając dalszy przebieg naturze, spostrzegamy, że kobieta po kilku minutach odczuwa prężenie dołem, zaczyna przeć odruchowo, przyczem zaczyna lekko krwawić, a popłód ukazuje się w szparze sromowej. Wśród następnego parcia, łożysko wraz z krwiakiem, otulone najzupełniej błonami, wypada naraz ze szpary sromowej; za popłodem wylewa się nieco krwi z części rodnych, a trzon i dno macicy przybierają kształt macicy połogowej i opadają na 2 palce poniżej pępka. Krótko mówiąc, przypadki tu opisane mają nadzwyczaj szybki przebieg, bo 3-ci okres kończy się w przeciągu kilka minut siłami natury, bez wszelkiej pomocy lekarskiej.

Najciekawsze jest w tych przypadkach ułożenie wzajemne błon i łożyska względem siebie. Popłód, wraz z krwiakiem stanowiący jedną masę, najłatwiej możemy rozwikłać celem zbadania ułożenia wzajemnego składników, kierując się pępowiną. Pępowina wychodzi z otworu, który powstał po pęknięciu pęcherza płodowego. Cała powierzchnia owodniowa łożyska, oraz początek pępowiny, otulone są wygładzonemi błonami. Powierzchnia matczyna łożyska natomiast, przymocowane do niej skrzepy krwi oraz krew płynna krwiaka, okryte są najdokładniej zdwojeniem błon. Jeżeli, kierując się pępowiną, worek płodowy bardzo delikatnie rozwikłamy tak, że możemy obejrzeć powierzchnię owodniową łożyska, oraz wnętrze błon, przekonywamy się, że błony w zdwojeniu pozawijane są w fałdziki identyczne tak co do kształtu, jak i szerokości z tymi fałdami, jakie spostrzegałem na macicy wyciętej wraz z popłodem przy sposobności cięcia cesarskiego metodą Porra. Dalej spostrzegać można, że fałdy te błon bezpośrednio przechodzą w sfałdowanie, jakie widzimy na powierzchni owodniowej brzegów łożyska. Stwierdzenie tych faktów jest bardzo ważne, dowodzi bowiem niezbicie, iż sfałdowanie powierzchni owodniowej popłodu przyczepionego do powierzchni wewnętrznej macicy skurczonej, nie jest czemś przypadkowem, ale występuje stale według pewnych fizycznie określić się dających prawideł. Dalej dowodzi, iż sfałdowanie i nierówności powierzchni owodniowej łożyska, jakie spostrzegamy na łożyskach, urodzonych także w innych mechanizmach, gdzie się fałdy błon wśród przebiegu 3-go okresu wyciągnęły, jest zjawiskiem stałem, zależnem od sfałdowania się łożyska wskutek retrakcyi miejsca łożyskowego w czasie porodu.

Co się tyczy krwiaka, okrytego zdwojeniem pofałdowanych błon, to składa się on ze skrzepów i krwi płynnej. Skrzep czerwony, ściśle przymocowany do powierzchni matczynej łożyska, odnogami wchodzący w rowki między zrazy łożyska (*cotyledones*), zajmuje bardzo znaczną powierzchnię łożyska. Skrzepy te nie wszędzie okazują jednakową zbitość i grubość. Najwięcej i najoporniejsze skrzepy przymocowane są w pobliżu dolnego brzegu łożyska, im bardziej ku górze, tem skrzepy tworzą warstwę cieńszą i wiotszą, zaś okolica górnego brzegu łożyska wolną jest od skrzepów. W miejscu, gdzie skrzepy są najgrubsze i najtwardsze, nie spotykamy na powierzchni owodniowej łożyska sfałdowania.

Po zupełnem rozwikłaniu worka płodowego stwierdzamy, że miejsce pęknięcia pęcherza jest otworem okrągłym, leżącym nieco tylko mimośrodkowo w stosunku do łożyska, z czego wnioskować musimy, że łożysko w tych przypadkach musiało leżeć tylko częściowo na przedniej lub tylnej ścianie macicy, a głównie umiejscowione było w dnie macicy.

Przypadków tak charakterystycznie przebiegających, jak to opisałem, nie jest dużo. Opis powyższy opiera się na spostrzeganiu 3-ch przypadków na sto kilkadziesiąt obserwacyj 3-ch okresów. Nie wątpię, że było ich więcej, jednak spostrzeganie ich nastręcza pewne trudności. I tak: rozpoznać, a względnie domyślić się, że 3-ci okres przebiegnie w tym mechanizmie, jest rzeczą względnie łatwą, albowiem wymiary i kształt trzonu i dna macicy w pierwszych chwilach 3-go okresu są tak charakterystyczne, że nie zwrócić na to uwagi jest rzeczą prawie niepodobną, albowiem otrzymuje się wrażenie w pierwszej chwili, że ma się do czynienia z przeoczoną ciążą bliźniaczą. Dalszy przebieg 3-go okresu należy bezwarunkowo pozostawić naturze, aby sobie obserwacyi nie popsuć, a z chwilą, gdy popłód napiera na międzykrocze, przyczem niewiasta zaczyna krwawić, należy podstawić miednicę tuż pod szparę sromową tak, aby przy następnem parciu rodzącej popłód wypadł sam, nie dotykany ręką lekarza. Oglądanie popłodu również trzeba *in situ* przeprowadzać, ostrożnie i delikatnie rozwikływać błony, a wtedy z łatwością widzi się owe fałdy błon.

W praktyce obserwacya nastręcza o tyle trudności, że bezpośrednio po porodzie dziecka zajmujemy się w pierwszej chwili noworodkiem, a potem dopiero zwracamy uwagę na matkę, a tymczasem łatwo może niepowołana ręka położnej przez masaż macicy popsuć nam obserwacyę.

Przypadki powyższe dla teoryi 3-go okresu są bardzo cenne; wobec tego, że błony w urodzonym popłodzie są najdokładniej całkowicie odklejone, a przytem ułożone jeszcze w fałdy, zupełnie identyczne z tymi, jakie obserwowałem na preparacie anatomicznym, musi się przypuścić, że w pierwszych chwilach 3-go okresu, wskutek ściągania się macicy błony te nie odkleiły się, ale przyczepione, wobec zmniejszenia się powierzchni przyczepu, charakterystycznie się sfałdowały; dalej, że czynnikiem, który błony odkleił, mógł być tylko krwiak, a nie przemieszczenie łożyska, boby inaczej fałdy te się wyrównały, czyli że w tych przypadkach popłód

w pierwszych chwilach 3-go okresu przedewszystkiem się w całości odkleja, a potem w całości wydala. Ponieważ dolny brzeg łożyska nie ma fałdów, a skrzep na nim jest zbity i najgrubszy, należy przyjąć, że brzeg ten w pierwszej chwili się odkleił, zanim nastąpiło sfałdowanie Znaczna wielkość trzonu macicy dowodzi, że proces odklejania się popłodu toczy się w jamie trzonu i to zapomocą krwiaka, będącego pod ciśnieniem, przeciwnie jak w mechanizmie najczęstszym, a więc prawidłowym, gdzie łożysko z powodu zmniejszenia się miejsca łożyskowego odkleja się w znaczniejszej części, a partya odklejona natychmiast zostaje wypchniętą ze ściągniętej jamy trzonu do dolnego odcinka, gdzie wobec umocowania dolnego brzegu łożyska zapomocą nieodklejonych błon tworzy zdwojenie płaskie, które dopiero wypukli się wtedy, gdy się krwiak zwolna narastający w niej zbierze. W przypadkach prawidłowych trzon i dno macicy w pierwszych chwilach 3-go okresu nie wiele odbiegają od kształtów macicy połogowej, bo jest tam zaledwie górna część łożyska, a niema krwiaka.

Znacznie częściej, niż z typowymi przykładami mechanizmu Schultzego, spotykamy się z mechanizmami przejściowymi do prawidłowych. Te przypadki przejściowe cechują się znacznym rozwojem krwiaka, który tworzy się już w jamie trzonu macicy, a wobec tego znaczną pojemnością dna i trzonu w pierwszych chwilach 3-go okresu. Cecha wspólna z mechanizmem prawidłowym leży w tem, że druga i trzecia faza mechanizmu przebiegają analogicznie, jak w mechanizmie prawidłowym, to jest, że przy przechodzeniu łożyska do jamy dolnego odcinka, a stąd przez ujście zewnętrzne do pochwy, błony, oraz ich fałdy się wyciągają, albowiem najprzód wytacza się łożysko, a potem błony. Oczywiście w wypadkach tych krwiak nadmiernie wzrosły od pierwszych chwil 3-go okresu rozdyma w drugiej fazie bardzo energicznie dolny odcinek i szyję i wywiera ucisk na łożysko, powodując wygniecenie krwi z niego do pępowiny tak, iż ta przez cały ciąg 3-go okresu jest napiętą, a napięcie to pępowiny nie ustępuje nawet wtedy, gdy łożysko jest w pochwie. Ten wzmożony krwiak odkleja bardzo dokładnie błony całkowicie tak, iż przy końcu 3-go okresu rodząca zaczyna krwawić. Przypadki te kończą się siłami natury, bo wypuklone łożysko wraz z dużym krwiakiem, rozdymając pochwę, pobudza rodzącą do energicznego parcia, a przyczepienie błon nie staje tu wyparciu popłodu na przeszkodzie. Oczywiście po urodzeniu się popłodu w przypadkach przejściowych owego charakterystycznego układu fałdów błon nie spotykamy.

Najwięcej odbiega od typu prawidłowego przebiegu 3-go okresu t. zw. mechanizm Dunkana, który w najtypowszych przypadkach wobec badania klinicznego przedstawia się w sposób następujący: Bezpośrednio po porodzie dziecka i wylaniu się wód następujących, trzon z dnem macicy przedstawia opór twardy, o kształtach i wymiarach niewiele odbiegających od kształtów i wymiarów macicy pierwszych chwil połogu. Dno sięga do pępka, pępowina silnie krwią wydęta, a rodząca od pierwszej chwili 3 go okresu krwawi ustawicznie. Badanie wewnętrzne wykazuje co do pochwy, sklepień i ujścia zewnętrznego macicy stosunki takie, jak w mechanizmie prawidłowym. Wprowadzając atoli cztery palce przez wiotkie ujście zewnętrzne macicy do jamy szyi i dolnego odcinka ku pierścieniowi skurczowemu, napotykamy łożysko, które tak jest względem kanału rodnego ułożone. że natychmiast możemy wsunąć palce pomiędzy ścianę dolnego odcinka, a powierzchnię matczyną łożyska. Oryentując się bliżej, wyczuwamy brzeg łożyska, do niego przyczepioną odpowiednią partyę błon odklejonych, nieregularnie pozwijanych, wreszcie skrzepy krwi, przyczepione do powierzchni matczynej brzegu łożyska i pofałdowanych błon. Idąc w kierunku pierścienia skurczowego wyczuwa się charakterystyczną miękkość powierzchni zewnętrznej łożyska, wyniosłości, odpowiadające zrazom łożyska (*cotyledones*) i rowki między nimi, przyczem ocenić możemy w przybliżeniu, jak duża partya łożyska znajduje się w dolnym odcinku. Pamiętając, że średnica łożyska wynosi przeciętnie 18—19 ctm., możemy stwierdzić, kładąc dolną część łożyska na wyprostowaną dłoń, że z reguły tuż po urodzeniu się dziecka niema jeszcze $^1/_2$ łożyska w jamie dolnego odcinka. Górna część łożyska jest obciśniętą silnie pierścieniem skurczowym, tak, iż chcąc końcami czterech palców, płasko ułożonymi, przekroczyć jej granicę, napotykamy na opór dość znaczny. Powierzchnia matczyna partyi łożyska wydalonej już do jamy dolnego odcinka jest wypukła, brzegi boczne zawinięte, a powierzchnia owodniowa wklęsła.

Śledząc dalszy przebieg mechanizmu co trzy minuty, możemy stwierdzić, iż łożysko, postępujące naprzód brzegiem dolnym, oraz powierzchnią matczyną miernie wypukloną, obniża się coraz więcej, przechodzi przez ujście zewnętrzne i układa się w pochwie w wygięciu kości krzyżowej Rodząca krwawi ciągle przez czas odchodzenia łożyska przez okolicę pierścienia skurczowego. Krwawienie ustaje, gdy łożysko opuściło całkowicie jamę trzonu macicy tak, iż ta część macicy mogła się całkowicie ściągnąć.

Łożysko w pochwie wypukla się powierzchnią matczyną, tworząc w wygięciu kości krzyżowej ciało kuliste, które, zstępując niżej na podłogę miedniczną, zaczyna rozwierać szparę sromową Sposób przechodzenia łożyska w tym mechanizmie przez szparę sromową bywa rozmaity Jeżeli wejście do pochwy rozwarte, a łożysko nie jest duże, wtedy łożysko wydobywa się na zewnątrz, podobnie jak przechodziło przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy, t. j. brzegiem przednim, otulonym w błony, zwiniętym w trąbkę, z której wychodzi pępowina. W przeciwnym razie środkowa część łożyska rozwiera szparę sromową, poczem wypada z pod spojania łonowego brzeg łożyska przedni, otulony w błony, a następnie tylny, a za nim reszta odklejonych błon.

Krwawienie w mechanizmie Dunkana zależy od jakości i siły bólów w trzecim okresie. W pierwszej fazie 3-go okresu, t. j. gdy łożysko jest jeszcze znaczną częścią w jamie trzonu macicy, a macica jest w tężcu, rodząca krwawi, ale nieznacznie. W razie, jeżeli łożysko tak szybko obsuwa się ku dołowi, że już w czasie tężca wchodzi całkowicie do jamy dolnego odcinka, krwotok ustaje zupełnie, albowiem reszta czasu trwania tężca wystarcza do zupełnego ściągnięcia się pustego obecnie trzonu i dna. Jeżeli jednak z jakiegokolwiek powodu obniżenie się popłodu następuje zwolna, albo też przy szybkości prawidłowej obniżania się popłodu tężec za szybko minie, tak, iż następowy okres przerwy zastaje jeszcze łożysko pewną częścią w jamie trzonu, krwotok zrazu umiarkowany wzmaga się bardzo znacznie, a ustaje z chwilą, gdy zabiegiem leczniczym, np. masażem zmusimy łożysko

do opuszczenia trzonu, a macicę do prawidłowego ściągania się.

Czas trwania 3-go okresu bywa rozmaity. Jeżeli w czasie całego przebiegu 3-go okresu rodząca silnie krwawi, wkraczamy z zabiegami leczniczymi, które mając na celu sztuczne dobycie popłodu, skracają czas trwania 3-go okresu. Jeżeli atoli krwotok, zrazu mierny, po kilku minutach się uspokoi, tak, że możemy czekać i spokojnie obserwować dalszy tok mechanizmu, przekonywamy się, iż popłód w kilku minutach schodzi z dolnego odcinka do pochwy i tu dość szybko obniża się ku podłodze miednicznej, aby tam dopiero na dłuższy czas zatrzymać się, tak, że z reguły po przeczekaniu zwyczajnego czasokresu trzeba dla ostatecznego wydalenia popłodu dopomódz naturze.

Przy oglądaniu popłodów, urodzonych wyżej opisanym mechanizmem, możemy stwierdzić, że dolna część powierzchni matczynej łożyska jest otuloną błonami, górna zaś nie. Łożysko w górnej swej części okazuje na powierzchni owodniowej sfałdowanie którego w okolicy dolnego brzegu niema.

Mechanizm Dunkana cechuje się: 1) znacznem upośledzeniem roli krwiaka pozałożyskowego, albowiem ten zaraz począwszej od pierwszej fazy mechanizmu na zewnątrz się wylewa; 2) odmiennym sposobem wysuwania się łożyska, — przez pierścień skurczowy do jamy dolnego odcinka i szyi, a stąd do pochwy, — aniżeli to widzimy w mechanizmie prawidłowym; 3) brakiem wypuklenia powierzchni owodniowej łożyska, która jest tu nawet wklęsłą; 4) wypukleniem się łożyska kulistem w pochwie powierzchnią zewnętrzną matczyną i wydobywaniem się tą powierzchnią na zewnątrz.

Na pierwszy rzut oka mechanizm Dunkana jest tak dalece różnym w szczegółach od mechanizmu prawidłowego, że łatwo możnaby przypuścić, iż między oboma nic może być żadnego powinowactwa. Jest jednak cały szereg przypadków 3-go okresu takich, które okazują wspólne cechy z mechanizmem Dunkana i z prawidłowym. Te pośrednie mechanizmy mają dla teoryi 3-go okresu doniosłe znaczenie, bo najlepiej demonstrują nam sposób działania czynników wydalających i odklejających popłód i ich znaczenie dla przebiegu 3-go okresu.

1-sza kategorya przypadków przejściowych.

a) Bezpośrednio po porodzie płodu trzon macicy dobrze skurczony, sięgający do pępka Rodząca krwawi Badanie wewnętrzne wykazuje dolną część łożyska w jamie dolnego odcinka. Oryentując się bliżej przekonywamy się, że pod palcami mamy powierzchnię owodniową łożyska, zaś do powierzchni matczynej nie dochodzimy. Rodząca krwawi ciągle tak, iż wobec wyniku badania wewnętrznego, które stwierdzałoby mechanizm prawidłowy, należałoby przypuszczać krwawienie z powodu zranienia kanału rodnego. Dalszy przebieg atoli przynosi niespodziankę, albowiem po kilku minutach łożyskoześlizguje się do jamy dolnego odcinka i szyi, w całości wypuklone powierzchnią owodniową, a równocześnie krwotok ustaje. Dalszy przebieg okazuje cechy typu prawidłowego. Przypadki te zatem różnią się od prawidłowych tylko krwawieniem w pierwszej fazie mechanizmu. *b*) Jeżeli w przypadkach pod *a*) opisanych i wewnętrznie zbadanych, wobec znacznego krwotoku w pierwszej fazie mechanizmu, przedsięweźmiemy masaż macicy, a następnie wykonamy zabieg Credégo, t. j. zgnieciemy jamę macicy od przodu ku tyłowi, poczem będziemy usiłować wykonać wygniecenie, to po nieudałem wydaleniu przedsięwzięte badanie zewnętrzne przekonywa nas, że łożysko brzegiem dolnym wystercza przez ujście zewnętrzne macicy do pochwy, podczas gdy górna połowa łożyska jest poza pierścieniem skurczowym w trzonie. Palcami obecnie łatwo wyczuwamy powierzchnię matczyną łożyska. W dalszym przebiegu łożysko albo zesuwa się dalej brzegiem dolnym do pochwy i rodzi się w mechanizmie typowym Dunkana, albo też jeszcze przy wysuwaniu się górnej części łożyska z jamy dolnego odcinka i szyi do pochwy, wypukla się łożysko w pochwie powierzchnią owodniową i rodzi się na zewnątrz w mechanizmie prawidłowym. Zależy to od siły umocowania dolnego brzegu łożyska zapomocą błon.

Jeżeli z powodu bardzo silnego krwawienia w pierwszej fazie 3-go okresu wydobywany popłód metodą przez nastrzykiwanie, to tenże rodzi się z reguły wypuklony powierzchnią owodniową na zewnątrz.

Na podstawie przypadków zebranych pod *a*) i *b*) przekonywamy się, że bezpośrednią przyczyną wypuklenia się łożyska, wydalonego częściowo przez szparę pierścienia skurczowego do jamy dolnego odcinka, jest znaczne zmniejszenie się średnicy ściągniętego miejsca łożyskowego, przyczem spostrzega się, że krwiak w wypukleniu tem nie może żadnej roli odgrywać, bo od pierwszej chwili 3-go okresu na zewnątrz się wylewa z powodu częściowego odklejenia się błon od okolicy pierścienia skurczowego. Dalej przypadki te pouczają nas o roli błon, przyklejonych do okolicy pierścienia skurczowego. Widzimy mianowicie, że dalszy przebieg mechanizmu zależy od tego, czy błony odkleją się na znaczniejszej przestrzeni od okolicy pierścienia skurczowego tak, aby dolny brzeg łożyska mógł się ku dołowi swobodnie obsunąć, czy też nie. Jeżeli odklejenie błon nie postępuje raźnie, a natomiast górna partya łożyska szybko się obsuwa, łożysko mimo braku krwiaka wypukla się powierzchnią owodniową, podobnie jak w typie prawidłowym w jamie dolnego odcinka, ba nawet w jamie pochwy przy przechodzeniu górnej partyi łożyska przez ujście zewnętrzne macicy. Nadto przypadki te dowodzą, że krwiak nietylko nie jest potrzebny dla wypuklenia popłodu, ale w danym razie nie jest koniecznym dla odklejania popłodu.

2-ga kategorya przypadków przejściowych.

Bezpośrednio po urodzeniu się płodu rodząca nie krwawi wcale, a badanie zewnętrzne i wewnętrzne wykazuje stosunki prawidłowe tak, iż przypuszczać możemy, że w dalszym przebiegu będziemy mieć do czynienia z mechanizmem prawidłowym. Tymczasem po upływie kilku minut rodząca zaczyna zrazu zwolna krwawić, poczem krwotok wzmaga się bardzo gwałtownie, aby szybko zmniejszyć się. Badanie wewnętrzne, obecnie wykonane, przekonywa nas, iż łożysko zesunęło się do jamy dolnego odcinka i szyi, a brzegiem dolnym, otulonym w błony, wystercza do pochwy. Końcami palców możemy wybadać powierzchnię matczyną łożyska. Jeżeli po upływie przepisanego czasu wykonywamy wygniecenie, przekonywamy się, iż łożysko na zewnątrz wydobywa się w mechanizmie Dunkana.

Uważne oglądanie popłodu w tych przypadkach daje nam pewne wskazówki dla wytłómaczenia tego rodzaju prze-

biegu mechanizmu. Widzimy mianowicie, iż na powierzchni matczynej łożyska w okolicy dolnego brzegu powierzchni owodniowej nieco wypuklonego, oraz na przyległych błonach, znachodzą się skrzepy krwi, a pewna część powierzchni matczynej w okolicy dolnego brzegu okryta jest błonami. A zatem: Łożysko dolną częścią opuszcza miejsce łożyskowe, będące w jamie trzonu, a że brzeg jego dolny jest przymocowany błonami do okolicy pierścienia skurczowego, więc wypchnięte poza pierścień skurczowy tworzy zdwojenie w jamie dolnego odcinka, która wypełnia się krwią. Ta częścią krzepnie, przyczepiając się do błon i dolnego brzegu łożyska. Wkrótce jednakowoż krwiak, dalej zbierając się, odkleja błony od wewnętrznej powierzchni macicy, oraz od okolicy pierścienia skurczowego tak, iż krew nagromadzona w zdwojeniu wylewa się naraz, a brzeg dolny łożyska, utraciwszy punkt oparcia, a względnie zawieszenia na błonach okolicy pierścienia skurczowego, ześlizguje się ku dołowi, a łożysko wypukla się powierzchnią matczyną, jak w typie Dunkana.

Jednem słowem: czy dany przypadek 3-go okresu przebiegnie według typu prawidłowego, czy Dunkana, zależy od tego, jak silnie umocowany będzie dolny brzeg łożyska zapomocą błon do okolicy pierścienia skurczowego, t. j. czy umocowanie to utrzyma się aż do zupełnego ukończenia pierwszej fazy 3-go okresu, czy też nie; ta okoliczność bowiem rozstrzygnie, czy łożysko, obsuwając się ku dołowi, będzie się mogło wypuklić powierzchnią owodniową, czy też nie.

Widzimy zarazem, że na podstawie spostrzegania klinicznego przebiegu mechanizmu prawidłowego, Dunkana i przejściowych, łatwo wyrobić sobie dokładne pojęcie o bliskiem powinowactwie tych pozornie tak różnych mechanizmów.

Zbierając krótko treść mych uwag, powiem: trzeci okres porodowy, mimo swej różnolitości przebiegu w szczegółach, odbywa się według planu jednolitego tak, że biorąc za podstawę mechanizm prawidłowy, z łatwością można wszelkie inne mechanizmy zrozumieć, pojmując je, częścią jako odmiany, częścią zaś jako zboczenia od normy, spowodowane przez rozmaite natężenie wzajemnego oddziaływania na siebie czynników, mających znaczenie dla toku mechanizmu.

IV. Oceny i sprawozdania.

J. Zimmermann. **Material zur Würdigung Galens als Geschichtsschreiber der Medizin, Forscher und Commentator.** Berlin, 1902.

Nie prędko się znajdzie śród przedstawicieli naszej nauki pisarzy tak płodnych, jak Galen, którego pisma w wydaniu Kühna, nie mającem więcej pretensyi do wydania zupełnego, obejmują aż dziewiętnaście tomów. W pismach swoich dotknął Pergameńczyk wszystkiego, czego tylko ówczesny uczony dotknąć mógł, nie gardząc nawet kwestyami prawnemi. Nic więc dziwnego, że autorowie zajmujący się Galenem bliżej mają przed sobą labirynt, w którym się z trudnością tylko odszukać mogą. *Index locupletissimus* w wydaniu Kühna stara się wprawdzie do pewnego stopnia złemu zaradzić, nie może go jednakowoż w całości usunąć. Z wdzięcznością więc należy przyjąć pracę Zimmermanna, która daje bardzo dokładny pogląd przynajmniej na jedną stronę studyów Galenowych, t. j. na historyę medycyny, i przyczynia się do łatwiejszego zrozumienia słynnego lekarza. Przyszły badacz Galena będzie miał znacznie ułatwione poszukiwania swoje z zakresu historyi medycyny dzięki pracy Zimmermanna, która stanowi pierwszą część całkowitego zadania, jakie sobie autor uczynił. W tej części mamy jedynie zebrane cytaty z przytoczeniem nazw odpowiednich autorów w alfabetycznym porządku. Wyzyskanie tego materyału ma być drugą częścią pracy autora. *Dr. Lachs.*

Dr. Liersch-Cottbus. **Die Schule von Salerno.** Leipzig, F. C. W. Vogel, 1902.

Pobyt autora w Salernie skłonił go do ogłoszenia niniejszej pracy, którą się atoli wcale nie przyczynił do poznania tej szkoły z innej, aniżeli dotychczas znaną była strony. Mimo to ma ta rozprawka pewne zalety, które ocenią zwłaszcza lekarze, mniej zajmujący się dziejami medycyny i nie wymagający zbyt wielu szczegółów. Do zalet zaliczamy lekkość stylu i ograniczenie się jedynie do przytoczenia tego, co dla każdego lekarza jest potrzebne. Za błąd zaś stanowczy poczytujemy autorowi posługiwanie się jedynie źródłami staremi z pominięciem najnowszych badań i zdobyczy. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

Eicken. **Wydobycie kawałka kości z oskrzela dolnego płatu prawego płuca drogą naturalną.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, 23). Chorej 20-letniej wpadł podczas jedzenia kawałek kości do tchawicy; przez krztuszenie się i kaszel osunął się jeszcze głębiej tak, że chora poczuła ostry przeszywający ból w klatce piersiowej na prawo od wyrostka mieczykowatego. Jako następstwo tego stanu był przez pewien czas tylko krótki oddech, występujący po małym wysiłku fizycznym, oraz świsty i furczenia. Po 8-miu dniach wystąpił bez zewnętrznego powodu krwawy kaszel, który po upływie czterech miesięcy przeszedł w krwotok płucny, powtarzający się dość często. Badanie wykazywało w okolicy VIII. żebra od tyłu delikatne świsty, a na roentgenogramie można było widzieć lekki cień w okolicy VII. międzyżebrza nad kątem VII. żebra. W uśpieniu morfinowo-chloroformowem wprowadził szef autora, Killian, rurę długości 24 ctm.; a ponieważ ta nie dochodziła do ciała obcego w oskrzelu, wprowadził długą rurkę długości 34 ctm., a 7 mm. grubości. Kosteczka tkwiła w odległości 31 ctm. od rzędu zębów; kleszczykami Schröttera nie udało się chwycić kości, zastosowano więc haczyk Listera, a wyjęta kosteczka miała kształt klinu o wymiarach 13: 11: 9 mm., grubości 6 mm., tkwiła końcem w oskrzelu, podstawa zaś jej była zwróconą do oskrzela głównego. Po wyjęciu stan się zupełnie poprawił, roentgenogram nie wykazywał już żadnego cienia, szmery oddechowe w odpowiedniej okolicy stały się czyste. Przypadek ten różni się od innych wystąpieniem krwotoków płucnych, których powstanie autor tłómaczy naddzieraniem naczyń krwionośnych oskrzela przez nierówne brzegi kostki. Autor staje na temsamem stanowisku, co Fränkel, który twierdzi, że w przypadkach wpadnięcia ciał obcych do dróg oddechowych powinno się zawsze bronchoskopować. Przy końcu swej pracy stara się autor udowodnić, że zasługa leczenia bronchoskopią należy się Killianowi, a nie Rosenheimowi. *B. Żmigród.*

Struppler (Monachium). **Przyczynek do powstawania niedomykalności zastawek tętnicy głównej pochodzenia urazowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 28, 1903). Przypadek dotyczy chorego 47-letniego, u którego po silnem wstrząśnięciu całej klatki piersiowej i uderzeniu w okolicę międzyłopatkową stwierdzono niedomykalność zastawek aorty wraz z występującymi od czasu do czasu objawami duszności bolesnej. W sprawie rozpoznania różniczkowego nadmienić trzeba, że ostre urazowe zapalenie śródsierdzia wykluczyć należy (brak gorączki itd.), zarówno jak i wrodzone przedziurawienie zastawek aorty; chory bowiem służył trzy lata w konnicy i był zawsze zdrów. Dla przyjęcia zaś przewlekłego zapalenia śródsierdzia skutkiem przebytych chorób zakaźnych, lub przedwczesnej ściśle umiejscowionej miażdżycy tętnic, nie było najmniejszej etyologicznej podstawy. Należało więc w tym przypadku mimowolnie skłonić się do urazowej niedomykalności

aorty, tembardziej, że pomiędzy urazem a cierpieniem istniał wybitny związek przyczynowy. Według Bariego znamionuje się urazowe przerwanie zastawki silnym, ostrym i daleko (około 50 ctm. — Barié, Potain) łyszalnym szmerem, dokładnie odróżniającym się od zwykłych podobnych objawów przysłuchowych. Temu jednak stanowczo sprzeciwia się autor, twierdząc, że tak, jak nie można z mniej lub więcej głośnego szmeru wnosić o cięższej, lub lżejszej zmianie zastawki, tak również z szmeru nie można wnosić o etyologii danego cierpienia śródsierdziowego. Może się wprawdzie tu i owdzie zdarzyć, że w następstwie urazowej zmiany zastawki pojawia się głośny szmer, regułą to jednak nie jest; przeciwnie pojawiają się także podobne do opisanego przypadki, że szmer jest nadzwyczaj cichy i nieznaczny, a czasami zupełnie brak rozkurczowego szmeru aorty. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze-Kraków).

Ascoli. **Etyologia i profilaktyka zakażenia zimniczego.** (*La Presse médicale*, Nr. 50. Sprawozdanie z Kongresu madryckiego). Zakażenie zimnicze wywołują zarodniki pasorzyta, należącego do rodziny sporozoów, rodzaju hemosporoidów, które raz dostawszy się do ustroju ludzkiego, czepiają się ciałek czerwonych krwi, i według jednych autorów przebywają w ich wnętrzu, według zaś drugich trzymają się tylko ich powierzchni. W ustroju ludzkim pasorzyty te przebywają dwie fazy: jedna, w której pasorzyty dojrzewają, mnożą się przez dzielenie (faza bezpłciowa); druga, w której wytwarzają się formy pasorzyta rożnokształtne, nieszkodliwe dla naszego zdrowia, lecz będące w stanie rozdzielić się w ustroju moskitów, które znowu ze swej strony mogą je ponownie zaszczepić przez ukłócie człowiekowi (faza płciowa). Pasorzyty w okresie młodocianym są małemi ciałkami pełzakowatemi (ameboidami), posiadającemi ruchy mniej więcej żywe; żywią się hemoglobiną ciałek czerwonych, którą przeobrażają na czarny barwik (melanina); w dalszym ciągu rozrastają się w objętości, powoli tracą ruchliwość i mnożą się przez dzielenie (sporozoity); młode — męzkie rozpoczynają takie same koło bytu. W okresie dzielenia się powstają substancye toksyczne dla ustroju (Bacelli). Podczas tych przeobrażeń spostrzega się pewną różnicę w zbitości protoplazmy pasorzytów, ich ruchliwości, zabarwienia i t. d., które umożebniły ustalenie pewnych różnic, odpowiadających rozmaitym typom zimnicy. Z chwilą, gdy pasorzyty dosięgły pewnego rozwoju i poczynają rozmnażać się przez dzielenie, niektóre z nich zaczynają odróżniać się kształtami od innych, co stanowi punkt wyjścia dla fazy płciowej (gamètes). Gamety te bywają dwojakie: jajowate (wielkie) i tak zw. spermoidy (małe); wessane przez moskity, mnożą się przez łączenie i wytwarzają tak zw. „zigoty“, które żyją i rozmnażają się w jelitach komara; jądro ich dzieli się, komórka przeobraża się na torbielek (*sporocistes*), ciałka zawarte stają się nitkowatemi (*sporozoites*) i są zdolne do dalszego rozwoju; nagromadzają się one zwykle w gruczołach ślinnych owadu i tą drogą wszczepiają się przez ukłócie człowiekowi; dostawszy się do krwi ludzkiej tu się rozwijają i dają początek pasorzytom ciałek czerwonych krwi, będących pierwszem ogniwem łańcucha.

Pasorzyty zimnicy mają kształt rozmaity, lecz stale zachowują swoje cechy pomimo seryi przeszczepień. Znane są głównie trzy odmiany: 1) *Plasmodium malariae* (czwartaczki) odbywa swój okres bezpłciowy (*cycle asexuel*) w ciągu 72 godzin, ma powolne ruchy pełzakowe, pigmentacyę jego tworzą ziarenka grubsze, posiadające słabe ruchy. 2) *Plasmodium vivax* (trzeciaczki) odbywa swój okres bezpłciowy w 48 godzin, nawiedza całe ciałko czerwone krwi; ma ruchy pełzakowate bardzo żywe; ubarwienie stanowią ziarenka drobne, bardzo ruchliwe; wicinki (*flagellae*), będące pierwiastkiem rozrodczym, są wielkie i liczne. 3) *Laverania malariae* (zimnica letnio-jesienna) odbywa swój okres bezpłciowy w 48 godzin, jest nader małych rozmiarów, ma ruchy chyże i powierzchnię pokrytą ziarenkami nader drobnego barwika. Podczas rozwoju niektóre części ciała przybierają kształty półksiężycowate i stają się pierwiastkami płciowymi.

Zapobieganie zimnicy opiera się na następującym fakcie: komar ssie krew człowieka, zakażonego zimnicą, czerpie pasorzyty, które następnie zaszczepia człowiekowi zdrowemu; zatem, ażeby zapobiedz wybuchowi epidemicznej zimnicy, trzeba przerwać ten łańcuch, a do tego dochodzi się czterema sposobami: 1) przez wyłączenie i leczenie jednostki zakażonej zimnicą, przez co leczy się chorego na zimnicę, a jednocześnie zapobiega się nagminnemu wystąpieniu zimnicy; 2) przez niszczenie komarów: w tym celu służą najrozmaitsze sposoby: wygubienie poczwarek naftą na bagnach; niszczenie samych komarów parą i dymem; ulepszenie uprawy gleby, co wytwarza środowisko, niesprzyjające życiu komarów; 3) przez utrudnienie zetknięcia się komarów z człowiekiem: budowa osad ludzkich na wzniesieniach. osłanianie łóżek kotarami i t. d., oraz stosowanie ochron mechanicznych, jak rękawice, maski i t. d.; 4) przez uczynienie ludzi odpornymi na zakażenie zimnicze, w czem używanie chininy w celu zapobiegawczym dało wyniki wcale zadawalniające. *A. K.*

Comby. **Przypadłości towarzyszące wstrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej.** (*La Presse médicale*, Nr. 51). Przypadłości te są liczne, lecz nie groźne: jedne z nich nie są następstwem surowicy, lecz błonicy (białkomocz, zmniejszenie się moczu lub bezmocz, mocznica, porażenia następowe). Do zaburzeń, które odnieść należy do ujemnego wpływu surowicy autor zalicza: wysypki pokrzywkowate, odrowate, płonicowate lub wielokształtne, występujące u 16% zastrzykniętych surowicą przeciwbłoniczą. Przypadłości te należy odnieść nie do antytoksyny, lecz do surowicy, gdyż ta ostatnia, będąc pozbawiona pierwiastku uodporniającego, sama przez się wywołuje przytoczone osutki. Przypadłości skórne można podzielić na 1) bardzo wczesne (bezpośrednie), występujące w pierwszym dniu po wstrzyknięciu; 2) wczesne, pojawiające się w ciągu pierwszego tygodnia i 3) późne, występujące ku końcowi drugiego tygodnia. Osutce surowiczej często towarzyszy gorączka, która powoduje błędne przypuszczenia rozpoznawcze. Oprócz przypadłości skórnych surowica sprowadza bole stawowe, mięśniowe, białkomocz, obrzęki gruczołów, biegunkę. Do tej pory nie zdołano zapobiedz powikłaniom, występującym po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej. *A. K.*

Hertz (Warszawa). **Powikłania przy operacyi wyrośli adenoidalnych.** (*Gazeta Lekarska* 1903, 20, 21, 22, 23). Z powikłań tych na pierwszem miejscu kładzie autor krwawienia, które mogą wystąpić podczas operacyi, lub też po niej i spowodować niebezpieczeństwo groźnych rozmiarów. Do przyczyn tego powikłania autor zalicza: 1) Krwawiączkę, która stanowi przeciwwskazanie do operacyi. 2) Resztki wyrośli gruczolowatych, pozostałe po operacyi. 3) Choroby serca. 4) Budowę histologiczną wyrośli, składających się z tkanki zbitej włóknistej, której naczynia po przecięciu nie kurczą się należycie. 5) Wykonanie operacyi na krótki czas przed miesiączką, lub podczas miesiączki. 6) Zranienie tylnego brzegu muszel, lemiesza lub języczka. 7) Wykonanie operacyi po świeżo przebytem zapaleniu gardła. 8) Nieprawidłowości w przebiegu tętnicy szyjnej.

Używanie kokainy przy operacyi nie daje, zdaniem autora, powodu do krwawień następczych, jak to inni autorowie sądzą. Chory musi jakiś czas po operacyi pozostać pod obserwacyą i opieką lekarza. Przeciw takim krwawieniom poleca autor: połykanie kawałków lodu, płókanie gorącą lub zimną wodą, tamponowanie jamy nosowo-połykowej, względnie środki podniecające, oraz podskórne wstrzykiwania fizyologicznego rozczynu soli kuchennej. Wielu autorów zwraca uwagę na możliwość wpadnięcia do krtani i aspirowania kawałków odciętych wyrośli i tegoż następstwa. Jak przy innych operacyach, tak i tutaj może nastąpić *shok* pod różnemi postaciami. Dla unikania zakażenia przyrannego nie należy operować w krótkim czasie po przebytej chorobie gorączkowej, przed zupełnem wyleczeniem rany po poprzedniej operacyi, albo jeżeli w mieście lub w otoczeniu chorego panuje choroba zakaźna. Do następstw zakażenia zalicza autor różę i ropówkę. Inne powikłanie stanowi szyja skośna (*torticollis*). Sędziak spostrzegał po tej operacyi zimnicę u chorego, którego rodzeństwo równocześnie na zimnicę cierpiało. Częstemi są powikłania ze strony narządu słuchowego, bądźto jako następstwo zranienia wylotów trąbek Eustachiusza, bądź też przez dostanie się nieco krwi lub wydzieliny przez trąbkę do jamy bębonkowej z następowem ropnem zapaleniem ucha środkowego. Podczas ostrego lub zaostrzenia przewlekłego zapalenia ucha środkowego zabieg ten jest przeciwwskazanym. Do drobniejszych powikłań należy obrzmienie w jamie połykowej, przemijający niedowład podniebienia miękkiego itp. Niezręczne, brutalne operowanie może wywołać oderwanie języczka, podniebienia miękkiego, odłamanie lemiesza. Obecność wyniosłości na tylnej ścianie nosowo-połykowej, pochodzącej z dwóch górnych kręgów (t. zw. *vertebra prominens*), utrudnia znacznie operacyę. Zauważono też złamanie przyrządu i utkwienie jego ostrza w gardle. Ogólne znieczulenie przy tej operacyi jest zbyteczne. Autor stosuje znieczulenie miejscowe 25% rozczynem kokainy w wyskoku.

Nawroty mogą nastąpić mimo możliwie doszczętnej operacyi i nie zależą zawsze od pozostałych resztek, lecz po części od odrośnięcia, zwłaszcza jeżeli tesame, na razie nam jeszcze nieznane, czynniki przyczynowe, które wywołały pierwotny przerost migdałka gardłowego, trwają w dalszym ciągu. Szczególnie choroby zakaźne wpływają na bujanie tkanki gruczołowatej i sprzyjają jej nawrotom. Usunięcie tych wyrośli i nawet ich nawrotów, o ile wywołują nieraz poważne objawy i następstwa, jest konieczne. *Spira.*

Dr. S. Weiss. **Odczyn jodowy krwi w przebiegu błonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 58, 8 B., H. 1, 1903). Odczyn jodowy krwi zyskuje sobie prawo obywatelstwa w dyagno-

styce hematologicznej chorób zakaźnych; wykryty on został przez Kaminera w różnych sztucznych zatruciach i zakażeniach, wywołanych zapomocą hodowli i toksyn. Autor badał jodofilię krwi w przebiegu klinicznie i bakteryologicznie stwierdzonych przypadków czystej błonicy gardła i krtani, otrzymał w 28 przypadkach wynik ujemny, w 24 zaś dodatni, i doszedł do następujących wniosków: 1) Odczyn jodowy dla błonicy nie jest patognomoniczny: brakuje go we wszystkich przypadkach lekkich błonicy, a występuje natomiast w ciężkich. 2) W razie, gdy tego odczynu nie brakuje, został on wywołany przez silne nacieczenie tkanek gardła i krtani, jakoteż przez zaburzenie w oddechaniu, będące dostatecznym powodem do jego powstania bez współdziałania toksyn. 3) Znaczenia kliniczno-dyagnostycznego odczyn ten mieć nie może.

Próby te dokonywał autor przed zastrzykiwaniem surowicy; używał metody następującej: wysuszywszy krew na szkiełku przykrywkowem, barwi rozczynem jodowo-gumowym. (*Jodi puri 1·0; Kali jodat. 3·0; Aqu. destilatae 100·0; Gumi acaciae q. s. ad consistentiam syrupinam*). *Dr. Bolesław Komorowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie krztuśca formaliną zaleca Dr. Jezdick; w tym celu stosuje się para formaliny do wdychiwań, a oprócz tego odkażano mieszkanie chorego podług zwykłego sposobu znaczną ilością formaliny. W pokoju, w którym wytworzono parę formaliny, chory przebywa 15—30 minut; w razie niepowodzenia należy wdychiwanie powtórzyć. Prócz lekkiego drażnienia powiek i krtani, innych wpływów tego leczenia chorzy nie doznają. Autor twierdzi, że we wszystkich przypadkach krztuśca, w których zastosował wdychiwanie formaliny, krztusiec ustał po kilku dniach.

Dr. J. Panczewicz. **Tamponowanie krwotoków nosowych.** (*Neue Therapie* Nr. 4, 1903). Do tamponowania krwotoków nosowych polecane są liczne sposoby i narzędzia. Autor zaleca swój sposób, który go nigdy nie zawiódł, a polega on na dokładnem wytamponowaniu obu przewodów nosowych kawałeczkami lodu, które sam pacyent ręką przytrzymuje; gdy jedne się stopią, zastępuje je nowymi; w ten sposób mniejsze krwotoki do 5 minut, największe do 15 ustają, z pominięciem użycia wszelkich narzędzi. *Dr. Włodz. Serkowski* (Stryj).

Von U. Alessi. **Przyczynek do leczenia padaczki.** (*Riforma med.*, 1903). Ponieważ w ostatnich czasach za przyczynę, wywołującą padaczkę, poczęto uważać pewnego rodzaju chwiejność atomów i ich skupień w układzie nerwowym, przeto starano się wyszukać taką kombinacyę leków, któraby jędrność tych atomów utrwalała. Idąc za tą myślą, Alessi proponuje następującą kombinacyę: *Rp. Natr. arsen. 0·001, Zinc. phosph. 0·005, Calc. phosph. 0·08, Pankreat. Pulv. Rhei aa 0·20.* Środek ten w padaczce małego nasilenia oddawał mu wielkie usługi, natomiast w przypadkach ciężkich częściej zawodził. *Dr. Włodz. Serkowski*

Opocerebryna Poehla. (*E. Merck's Jahresberichte*, 1902). Przetwór ten jest mięszaniną trzech cerebrasidów, znajdujących się w istocie mózgowej. Pantschenka zaleca ten przetwór w padaczce, mianowicie u chorych, którzy nie przechodzili leczenia bromem, lub też u których od czasu tego leczenia upłynął dłuższy przeciąg czasu tak, że wszystek brom z ustroju został wydzielony. Stosowana podskórnie opocerebryna działa skuteczniej, niż zażywana na wewnątrz. Specyalnej dyety nie wymaga; jedynie wskazane jest ograniczenie potraw mięsnych, a przewaga roślinnych, jakoteż mleka. Wewnętrznie należy podawać jednorazowo na czczo 1·8 grm. (6 tabliczek po 0·3) i dawkę tę co trzy dni powtarzać. Jeżeli częstość napadów się nie zmniejszyła, stosuje się po 2—3 tygodniach tęsamą dawkę co drugi dzień, a wreszcie codziennie. Podskórnie należy wstrzykiwać co drugi lub trzeci dzień dwa ctm. sz. rozczynu już przyrządzonego w zamkniętych ampułkach. Cena 50 tabliczek po 0·3 = około 7 koron. *Dr. T. Ż.*

VII. XXVIII Zgromadzenie wędrowne południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

Zestawił

Dr. medycyny i filozofii Piotr Pręgowski.

(Dokończenie).

Dr. Schoenborn (Heidelberg). **Cytodyagnostyka cieczy mózgowo-rdzeniowej.** W Niemczech dotąd wydobywanie cieczy mózgowo-rdzeniowej bywa stosowane tylko w przypadkach zapalenia opon mózgowych. Natomiast we Francyi od 3 już lat bywa ono wykonywane w jak najszerszym zakresie i przynosi bardzo ważne korzyści.

Okazało się mianowicie, że w niektórych chorobach ośrodkowego układu nerwowego, jak wiąd rdzenia, porażenie postępujące, kiłowe zajęcie błon mózgowych i t. d., w cieczy mózgowo-rdzeniowej znajduje się wzmożona ilość limfocytów, której nie spostrzega się w innych chorobach nerwowych jak np. nerwice czynnościowe, porażenie połowicze i t. d. Dzięki temu spostrzeżeniu badanie cieczy mózgowo-rdzeniowej staje się doniosłem w kierunku rozpoznawczym. Szczególnie limfocytoza cieczy mózgowo-rdzeniowej ma miejsce w wiądzie rdzenia pacierzowego. Na 100 przypadków wiądu, badanych w Paryżu, tylko w 2-ch nie znaleziono limfocytozy w cieczy mózgowo-rdzeniowej. W heidelberskiej klinice chorób wewnętrznych i nerwowych od bardzo niedawna przedsięwzięto te poszukiwania: we wszystkich 5 badanych przypadkach wiądu stwierdzono limfocytozę cieczy mózgowo-rdzeniowej. W Paryżu mniemają, że limfocytoza ta ma znaczenie rozpoznawcze równie ważne, jak nieoddziaływanie źrenicy na światło. Do wywodów powyższych mowca dodaje niektóre uwagi praktyczne. Limfocytoza istnieje wtenczas, jeśli liczba limfocytów wynosi ponad 3—5 na jednem polu widzenia. Należy być ostrożnym i nie brać za limfocyty np. przybłonków zwyrodniałych. Igła do nakłóć ma być z drutu platynowego, o świetle 0,5—1,00 milim., a więc cieńsza, aniżeli igła Quinckego; wyciągać cieczy nie należy więcej nad 4—6 centymetrów sześciennych; centryfugować 10—20 minut w bardzo ostro zakończonej probówce. Bierze się do badania najwięcej zagęszczoną część. Niebezpieczeństwa żadnego obawiać się nie potrzeba; nigdy dotąd nie było zejścia śmiertelnego, spowodowanego tym zabiegiem. Mowca kończy zaznaczeniem zdania, że przedstawione przezeń badanie cieczy mózgowo-rdzeniowej daje wyniki dodatnie w schorzeniach kiłowych.

Dr. Hoffmann (Düsseldorf) roztrząsa sprawę, czy zaburzenia czynności serca są pochodzenia nerwowego, czy też mięśniowego i jest tego zdania, że wszystkie zaburzenia w czynności serca dadzą się sprowadzić do zaburzeń w czynności nerwów sercowych.

Dr. Bartels (Marburg). **Obraz nerwowych cylindrów osiowych w ogniskach stwardnienia rozsianego** (*sclerosis multiplex*) **według nowszych metod.** Mowca stosował metodę Weigerta do barwienia osłonki rdzennej (myelinowej); oraz metody Kapłana, Fajersztajna, Bielschowskiego. We wszystkich tych sposobach barwienia okazało się, że cylindry osiowe są zgrubiałe, niejako napęczniałe, ale nie zanikłe; również zachowane były w nich włókienka nerwowe, jak to wyraźnie wykazuje metoda Bielschowskiego. Nawet w najdawniejszych, najstarszych ogniskach są zachowane cylindry osiowe wraz z włókienkami. Natomiast wszystkie sposoby barwienia wykazują zgodnie brak i rozpad osłonki myelinowej, a metoda Kapłana wykazuje nadto brak „myelsaxostroma", t. j. substancyi, znachodzącej się pomiędzy włókienkami cylindra osiowego.

Dr. Schäffer (Binger). **O nieopisanej dotąd zmianie rdzennej osłonki ośrodkowych i obwodowych włókien nerwowych, wraz z okazaniem preparatów.** Prelegent badał mózgi bardzo rychło po śmierci w 2-ch przypadkach otrucia tlenkiem węgla (CO). Badając metodą Marchiego, znalazł następujący obraz: osłonka rdzenna włókien nerwowych w całym układzie nerwowym zabarwiła się na ciemno, zatem dała odczyn zwyrodnienia. Jednak ta zczerniała osłonka rdzenna nie uległa rozpadowi w grudki, jak to zwykle wykazuje barwienie Marchiego w przypadkach zwyrodnienia osłonki rdzennej, nie zmieniła zupełnie kształtu, a przedstawiała prawidłową formę włókna nerwowego tak, że cały nerw w całym swym obwodzie był ciemno zabarwiony. To oddziaływanie ze strony osłonki rdzennej na kwas osmowy uważa mowca nie za istotnie odmienne od tego, jakie zwykle okazuje metoda barwienia Marchiego w włóknach zwyrodniałych, lecz za pierwszy okres tego samego ze względu na swą istotę oddziaływania. Przy dłuższem trwaniu procesu zwyrodniania doszłoby niezawodnie do rozpadu osłonki rdzennej, t. j. do zwykłego obrazu, jaki daje metoda Marchiego. Prelegent przedstawia preparaty.

Prof. Nissl i prof. Edinger wyrażają powątpiewanie i podejrzywają, czy tu niema miejsca błąd w technice barwienia? Podnoszoną przez mowcę okoliczność, że opisana zmiana zachodzi tak prawidłowo w całym układzie nerwowym, uważa prof. Edinger właśnie za przemawiającą za możebnością błędu w technice.

Dr. Spielmayer (Freiburg in B.). **Źródła błędów w metodzie Marchiego.** Doc. pryw. Dr. Bethe (Strassburg). **Czy istnieje porażne zwyrodnienie nerwów?** Znane jest prawo Wallera, że po przecięciu nerwu odcinek obwodowy ulega zwy-

rodnieniu. Engelmann czyni ścisłe odróżnienie pomiędzy zwyrodnieniem pierwotnem a następowem tego odcinka. Pierwsze polega na bezpośrednio po przecięciu występującem zwyrodnieniu najbliższej części nerwu, do najbliższego wcięcia Ranviera. Zwyrodnienie pozostałej reszty odcinka, to według Engolmanna zwyrodnienie następowe tak zw. poraźne. Zwolennicy tego rozróżnienia zwyrodnień: następowego od pierwotnego, dwojako sobie przedstawiają sposób powstania tego następowego czyli poraźnego zwyrodnienia: 1) twierdzą, że brak bodźców, spowodowany przerwaniem ciągłości nerwu, jest przyczyną zaniku i zwyrodnienia odciętego nerwu i 2), jak to utrzymuje teorya zaczynów, przez nerw od komórki nerwowej przechodzą ku obwodowi zaczyny, niezbędne do odżywiania się i czynności nerwu; przerwanie ciągłości nerwu, spowodowane przecięciem, uniemożliwia przepływ zaczynów i powoduje brak ich w odcinku obwodowym, który z tego powodu ulega zwyrodnieniu. Przedstawiony pogląd o zwyrodnieniu poraźnem prelegent zbija: sądzi on, że niesłuszny jest podział różniczkowy zwyrodnienia na pierwotne i następowe; zwyrodnienie obwodowego odcinka następuje stopniowo od miejsca przecięcia do obwodu. Przyczyną tego zwyrodnienia, zdaniem mowcy, jest uraz.

Teorya zaś zwyrodnienia poraźnego jest nieuzasadniona, takiego zwyrodnienia niema. Teoryę tę obala w zupełności stwierdzony przez mowcę (wkrótce praca ta pojawi się w druku) — fakt samoodradzania się nerwów. W spostrzeżeniach prelegenta nerw odcięty ulegał zwyrodnieniu, później odradzał się, znowu przecięty, znowu uległ zwyrodnieniu. Co się tyczy 2-ch teoryi, zapomocą których zwolennicy zwyrodnienia poraźnego starają się wytłómaczyć, na jakiej drodze to zwyrodnienie dochodzi do skutku, mowca je zbija w sposób następujący: Skoro brak podniet (tłómaczenie pierwsze) musiałby być przyczyną zaniku i zwyrodnienia odcinka nerwu, to jeżeli będziemy doprowadzać doń podniety, to nerw nie powinien uledz zwyrodnieniu. Prelegent przeprowadził te doświadczenia, przeciął oba nerwy siedzeniowe i utrzymując oba w wilgotności, jeden z nich drażnił przez czas dłuższy prądem przerywanym. Drażniony nerw nie tylko nie utrzymał się w stanie fizyologicznym dłużej od nerwu nie drażnionego, jak tego pierwsze tłomaczenie kazałoby oczekiwać, lecz przeciwnie, uległ zwyrodnieniu daleko szybciej, aniżeli nerw niedrażniony. To dowodzi, twierdzi mowca, że brak podniet nie jest przyczyną zwyrodnienia. Co zaś do tłomaczenia drugiego, t. j. owej teoryi zaczynów, prelegent je zbija zwróceniem uwagi, iż wobec tego tłómaczenia musiałby koniec obwodowy odcinka, jako szybciej pozbawiony zaczynu, wyrodnieć prędzej, aniżeli dośrodkowy; tymczasem rzecz się ma przeciwnie, odcinek ulega zwyrodnieniu od miejsca przecięcia ku obwodowi. W ten sposób mowca uważa teoryę zwyrodnienia poraźnego za obaloną, przedewszystkiem fakt samoodrodzenia się odciętych nerwów, tudzież pośrednio przez obalenie wspomnianych dwóch tłómaczeń, za pomocą których starano się uczynić zrozumiałą tę teoryę. Sam zaś ze swojej strony, jak powyżej nadmieniono, uważa uraz za przyczynę zwyrodnienia obwodowego odcinka nerwu przeciętego.

W dyskusyi zauważył Dr. Pręgowski, że nie można uważać wywodów mowcy przeciw pierwszej teoryi poraźnej za wystarczające: drażnił on odcięty nerw prądem elektrycznym, podczas gdy według tej teoryi odcinek obumiera, nie otrzymując podniet naturalnych, pochodzących od komórki nerwowej. Otóż należałoby jeszcze wykazać, że sztuczne podniety elektryczne mają w danym kierunku tosamo znaczenie dla nerwu, co i naturalne bodźce, idące do nerwu od komórki nerwowej. Tylko wtedy, gdyby się udało to wykazać, byłyby wywody referenta, skierowane przeciwko wspomnianej teoryi, zupełnie wystarczające. Prof. Hoche czyni tęsamą uwagę, a nadto przestrzega przed przenoszeniem na ludzi wyników doświadczeń na zwierzętach. Wreszcie zauważono, że przy powrocie do czynności po porażeniu np. nerwu twarzowego, z początku podniety dowolne już wywołują ruchy mięśni, gdy elektryczne tego jeszcze nie czynią, co potwierdza uwagę Dra Pręgowskiego.

Prof. R Burckhardt (Bazylea). **Mózgi zwierząt kręgowych.** Prelegent okazuje szereg preparatów z mózgów, na podstawie których oznajmia fakt, że budowa mózgu u zwierząt całkiem odpowiada temu, co widzimy w rozwoju człowieka. Dla zrozumienia budowy mózgów zwierzęcych trzeba pamiętać, że zależy ona w pierwszym rzędzie od budowy i kształtów innych narządów, a z pośród tych w pierwszym rzędzie narządów zmysłowych, jak węchu i wzroku, co również mowca ilustruje na preparatach.

Dr. Kohnstamm (Königstein i T.) demonstruje preparaty drobnowidowe ze znalezionego przezeń w rdzeniu przedłużonym *nucleus salivator inferior*, które wykrył dzięki metodzie wywoływania zwyrodnienia t. zw. osiowego w komórkach nerwowych po zniszczeniu odnośnych włókien nerwowych.

Prof. Pfister (Freiburg) przedstawia liczby, odnoszące się do stosunku wagi mózgów męzkich do kobiecych. tudzież do stosunku szybkości wzrostu niektórych części mózgu. Na podstawie bardzo licznych badań mowca stwierdził, że mózgi chłopców są o 10—20 grm. cięższe od mózgów dziewcząt; mózgi dorosłych mężczyzn o 100—130 grm. cięższe od mózgów dorosłych kobiet. Podobnież móżdżek męzki jest cięższy, aniżeli kobiecy, jak również to samo dotyczy pojemności czaszek. Co do wzrostu różnych części mózgu, to okazuje się, że najszybciej przybiera na wadze móżdżek, a potem rdzeń przedłużony. Gdy w wieku dziecięcym mózg wynosi 93% całej wagi, móżdżek 5,5%, rdzeń przedłużony 1,5%, to potem na mózg przypada 87,5%, na móżdżek 117,12%, na rdzeń przedłużony 2%.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 września.

* Los posady prymaryusza chirurgicznego oddziału szpitala św. Łazarza, opróżnionej przez śmierć prof. Trzebickyego, wywołał ogólne zaniepokojenie śród lekarzy nie tylko miejscowych, lecz i przebywających poza Krakowem; snać tu zostały dotknięte motywy ogólne i zasadnicze.

Sprawa dotyczy podania, wniesionego do Wydziału krajowego przez dyrektora krak. kliniki chirurg. prof. Kadera. W podaniu swem ma prof. Kader proponować Wydziałowi krajowemu zniesienie dotychczasowej organizacyi wspomnianego oddziału, a natomiast, przez poddanie go pod prymaryat każdorazowego profesora kliniki chirurgicznej U. J., coś w rodzaju unii personalnej, organiczne jego związanie z rządową instytucyą kliniczną.

D. 27 sierpnia sekundaryusze szpitala św. Łazarza odbyli w tej sprawie naradę; treść uchwał tego zgromadzenia jest znaną z czasopism, tu jej więc nie przytaczamy. Podobny memoryał sekundaryuszów ma być także wysłany do prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej; krok ten mieć będzie dwojakie znaczenie: w myśl mandatu Izba prawdopodobnie podda ocenie istotę formalną i stanową zamiarów, objętych podaniem prof. Kadera, a zanim to uczynić będzie mogła. zażąda od Wydziału krajowego odpisu tego podania, którego, z wyjątkiem paru osób, nikt właściwie nie czytał, i naprawdę ogół lekarzy nie wie dokładnie, czy rzecz idzie o kliniczny oddzialik rezerwowy z pozostawieniem dotychczasowego prymaryatu w jego samodzielnych prawach, czy też o zwinięcie posady prymaryusza, jak brzmią wieści. Bez poznania treści projektów prof. Kadera nie podobna wejść w rozstrząsanie samego *meritum* tej sprawy. a można, co najwyżej, wypowiedzieć ogólne zasadnicze oświadczenie. My sądzimy, że ze względu na byt stanu lekarskiego, na doniosłą, wprost znakomitą dotychczasową działalność oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, stwierdzoną sprawozdaniami obu ostatnich jego kierowników, na zasłużony, a tak pochlebny rozgłos w społeczeństwie, które tradycyjnie szukało i dziś szuka tu pomocy chirurgicznej, ze względu dalej na stanowisko praktycznej szkoły chirurgów dla prymaryatów prowincyonalnych, jakiem się ten oddział oddawna szczycí, ze względu wreszcie i na tę okoliczność, że gdy się ma instytucyę docentów dla przedmiotów klinicznych, to należy z nią łączyć moralny obowiązek dania im, a nie odbierania, warsztatu do pracy, i że czem więcej typów instytucyi lekarskich, tem zadania tych instytucyi wykonywują się doskonalej, tem wynik pracy jest wszechstronniejszy i więcej wykończony, sądzimy, że zniesienie posady prymaryusza oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza byłoby połączone z uszczerbkiem wszechstronnym dla stanu lekarskiego w Galicyi, a w wynikach ostatecznych niekorzystne dla społeczeństwa i dla zarządu kraju. Ufamy, że Wydział krajowy zasięgnie w tym względzie zdania Dyrekcyi szpitala i Wydziału lekarskiego i polegamy, że ten ostatni, uwzględniwszy braki, o ile one w istocie istnieją w ważnej sprawie nauczania chirurgicznego, nie tylko doradzi taką modłę, która nie dotknie autonomicznych praw kraju i zachowa pierwszorzędny a tak ważny i zasłużony prymaryat, którego zaszczytna działalność naukowo-literacka, zawodowa i kształcąca przynosi pośrednio chwałę Uniwersytetowi, lecz raczej słowem i czynem przyczyni się, by oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza stał się obok kliniki uniwersyteckiej drugiem ogniskiem nauczania chirurgii w Krakowie.

* Posiedzenie wydziału Izby lekar. zachodnio-galic. odbędzie się d. 8 b. m.

* Dr. Jan Przesmycki mianowany został sekundaryuszem szpitala powszechnego w Gorlicach.

* Wiec austryackich Izb lekarskich odbędzie się dnia 6 i 7 października w Lincu. Na porządku dziennym, obok znanego już naszym czytelnikom podania do ministra sprawiedliwości o pouczenie sądów, ażeby lekarzy, wezwanych w charakterze świadków, a następnie pytanych z zakresu rzeczoznawstwa zawodowego, wynagradzano podług taksy, przyjętej dla rzeczoznawców sądowych, Wiec ma uchwalić między innemi podanie do rządu, domagające się stałego udziału w posiedzeniach Najwyższej Rady sanitarnej jednego przedstawiciela Izb lekarskich w charakterze członka zwyczajnego. Najważniejsza jednak sprawa będzie zmiana ustawy, w szczególności ordynacyi lekarskiej i rozszerzenie praw i atrybucyi Rady honorowej.

* Na wezwanie prezydenta ministrów zorganizowała się w Paryżu Komisya przeciwgruźlicza, której pierwszem zadaniem będzie wskazanie rządowi dróg i środków, których się ma chwycić w walce z zarazkiem gruźliczym. Prezydentem tej komisyi jest przewodniczący Izby Bourgeois, zastępcami prezydenta profesorowie Debove i Grancher, oraz deputowany Millerand, a pomiędzy członkami znalazły się największe powagi lekarskiego świata paryskiego.

* W miesiącu kwietniu i maju 1904 r. odbędzie się Buenos Aires wystawa higieniczna w połączeniu z II-gim Kongresem lekarzy romano-amerykańskich. Zawiadomienie niniejsze drogą ministerstw spraw zagranicznych i spraw wewnętrznych, a następnie namiestnictw, zostało przesłane przez Wydział krajowy Izbom lekarskim, w celu rozpowszechnienia i zachęcenia do udziału.

* W Nr. 511 tygodnika paryskiego »L'Encyclopédie contemporaine« znajdujemy życiorys znanego psychiatry, a szanownego naszego współpracownika. Dr. Piotra Pręgowskiego. Szczegółową sylwetkę, nacechowaną wielką życzliwością dla Dr. Pręgowskiego i narodu polskiego, zdobi bardzo udatna podobizna.

* *Otrzymujemy następujące pismo:* »W celu dokładnego zestawienia wykazu lekarzy, praktykujących w Krakowie, uprasza się wszystkich P. P. Kolegów, aby jak najrychlej zechcieli podać na kartkach korespondencyjnych adresy mieszkań, które będą zajmowali od d. 1 października, z oznaczeniem godzin ordynacyjnych, numerów telefonu, i ewentualnem podaniem specyalności. Wykazy drukowane umieszczone zostaną w aptekach i urzędach publicznych, jest tedy pożądanem, ażeby były jak najdokładniejsze. Wiadomość należy adresować do »Biura sanitarnego w magistracie«.

* Między 5 a 17 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach w Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), mieleckim (1 gm.), mościskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Morpurgo profesorem zwycz. patologii ogólnej.

Zmarli. Dr. Zygmunt Grabowski zmarł w Darnicy pod Kijowem. W katastrofie zaszłej przed paru tygodniami w tunelu paryskiej kolei Métropolitain znalazł śmierć 27-letni Dr. Maurycy Apter rokujący wielkie nadzieje. Dr. Bolesław Lück, lat 40, zmarł w Warszawie.

* Omyłka druku: W artykule Dr. Misesa „Kilka uwag o teocynie“ (N. 35), na stronicy 500, w szpalcie pierwszej, wierszu 5-tym od dołu, w miejsce $3\times10{\cdot}26$ ma być: $3\times0{\cdot}25$.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 34. Lejberg: W sprawie leczenia chorób skórnych za pomocą ciepła stałego. Heiman: Przyczynek do leczenia zapaleń ostrych ucha środkowego. (c. d).

— *Gazeta lekarska* Nr. 34. Wasserthal: Przyczynek do kazuistyki i etyologii cystynuryi. Halpern: O albumozuryi doświadczalnej (dok). Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 8. Mieczyński: Endemia tyfusu brzusznego w Chorzelach, gub. płockiej. Korybut Daszkiewicz: Kilka słów w sprawie wyboru mamek. Żołędziowski: Szpitalnictwo w Zagłębiu dąbrowskiem. Kopczyński: Lekarze szkolni na prowincyi.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 34. Jedlička: Případ komplikovaného nádoru ledviny, zhojený nefrektornü s resekci celého vystupujiciho tračniku (dok). Kropáč: O gangrenách foudroyantnich (dok).

— *Lékařské rozhledy* Z. 8. Honl: Uzácnějši připad perforativni peritonitidy.

— *La Presse médicale* Nr. 66. Jarvis i Proust: Metoda Freyera, prostatektomia wykonana przez przecięcie pęcherza drogą nadłonową. Delord: Osobliwa postać opadnięcia nie wrodzonego, a dziedzicznego powieki.

N. 67. Gros: Zakażenie zimnicze w Algierze. Fiquet: Dna i jej stosunek do cukrzycy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Renzi i Boeri: Ochronna czynność sieci. Bamberger: Uwagi i doświadczenia nad istotą czynną kolargolu Crédego. Klingmüller: O działaniu obumarłych prątków gruźliczych i o toksynie prątków gruźliczych. Schwarz i Bronstein: O cytodyagnostyce. Levy-Dorn i Jacobsohn: Przyczynek do poszukiwań ciał obcych przy pomocy promieni Röntgena.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Behring: Antytoksyczne leczenie tężca. Joseph: Wrodzone złośliwe nowotwory. Wiesinger: Puchlina przepuszczająca. Wyleczenie wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej. Abelsdorff: Mechaniczne leczenie opadnięcia powiek. Behrendt: Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru w moczu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35. Königstein: Aglutynacyjne własności żółci i surowicy w żółtaczce. Kraus: Antyhemolizyna narządów prawidłowych. Joachim: W sprawie odczynu Grubera—Widala w żółtaczce. Schick i Ersettig: W sprawie zmienności prątków błoniczych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 34. Zweifel: Leczenie krwisteków. Dönitz: Kokainizacya rdzenia pacierzowego przy użyciu adrenaliny. Jamin i Müller: Ciężar gatunkowy żyjącego człowieka ze szczególnem uwzględnieniem ciężaru równoważnego do celów klinicznych. Schlüter: Posocznica z przyłączającą się gruźlicą prosówkową. Krauss: Stosowanie akoin-kokainy do znieczulenia miejscowego. Biehl: Ostro ograniczone ognisko zapalne w kości skroniowej. Hirsch: Przewaga widzenia jednoocznego w patrzeniu dwuocznem. Fuchs: Wzrost olbrzymi noworodków i poród opóźniony. Ehrlich: Toksyna i antytoksyna.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.